

A SAÚDE DO TRABALHADOR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: O OLHAR DO ENFERMEIRO

HEALTH WORKER IN PRIMARY HEALTH CARE: THE NURSE'S PERSPECTIVE

LA SALUD DEL TRABAJADOR EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD; EL MIRAR DEL ENFERMERO

Anne Itamara Benigna Evangelista¹, Andrezza Graziella Veríssimo Pontes², Jennifer do Vale e Silva³, Ana Karinne de Moura Saraiva⁴

Pesquisa qualitativa com o objetivo de descrever as experiências vivenciadas pelos enfermeiros da atenção primária sobre saúde do trabalhador. Realizaram-se entrevistas semiestruturadas com enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família em Mossoró, Brasil, entre outubro e dezembro de 2010. A partir da análise temática, evidenciaram-se: ações em Saúde do Trabalhador fundamentadas nos modelos da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional; dificuldades relacionadas à Comunicação de Acidente de Trabalho, ao trabalho da Estratégia de Saúde da Família, à vida do trabalhador, à lógica da produtividade das empresas e à formação do enfermeiro; e a existência dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador e o desejo dos trabalhadores em aprender como possibilidades de superação. Consolidar a Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde perpassa a co-responsabilidade da gestão, formação e serviços de saúde em rever concepções e práticas sobre a relação trabalho e saúde.

Descritores: Saúde do trabalhador; Atenção Primária à Saúde; Enfermagem; Política de Saúde do Trabalhador.

This is a qualitative research with the goal of describing the experiences lived by primary care nurses concerning workers' health. Semi structured interviews were held with nurses of the Family Health Strategy in Mossoró, Brazil, between October and December 2010. From the thematic analysis it was revealed: actions on worker's health based on the models of occupational medicine and Occupational health; difficulties concerning the reporting of work accidents, work of family health Strategy, worker's life, logic of companies productivity and nursing education as well as the existence of Reference Centers in Occupational Health and the desire of workers to learn how to overcome difficult situations. To consolidate the health of worker in primary health care seems to be the co-responsibility of management, education and health services to review conceptions and practices about the relationship between work and health.

Descriptors: Occupational Health; Primary Health Care; Nursing; Occupational Health Policy.

Investigación cualitativa cuyo objetivo fue describir las experiencias de los enfermeros de la atención primaria sobre salud del trabajador. Se han realizado entrevistas semiestructuradas con enfermeros de la Estrategia Salud de la Familia en Mossoró, Brasil, entre octubre y diciembre de 2010. Del análisis temático, se han puesto de relieve: acciones en Salud del Trabajador basadas en los moldes de la Medicina del Trabajo y de la Salud Ocupacional; dificultades relacionadas a la Comunicación de Accidente de Trabajo, al trabajo de la Estrategia de Salud de la Familia, a la vida del trabajador, a la lógica de la productividad de las empresas y a la formación del enfermero; y a la existencia de los Centros de Referencia en Salud del Trabajador y además el deseo de los trabajadores en aprender como posibilidades de superación. Consolidar la Salud del Trabajador en la Atención Primaria de Salud pasa por la corresponsabilidad de la gestión, formación y servicios de salud en revisar conceptos y prácticas sobre la relación trabajo y salud.

Descriptores: Salud Laboral; Atención Primaria de Salud; Enfermería; Política de Salud Ocupacional.

¹ Graduanda em Enfermagem pela Universidade do Estado do Rio Grande do Norte — UERN. Brasil. E-mail: aneitamara@hotmail.com

² Enfermeira, Mestranda em Saúde Pública pela Universidade Federal do Ceará — UFC. Professora da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte — UERN. Brasil. E-mail: andrezzagazi@hotmail.com

³ Enfermeiro, Mestrando em Saúde Pública pela Universidade Federal do Ceará — UFC. Professor da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte — UERN. Brasil. E-mail: jennifer_vale@hotmail.com

⁴ Enfermeira, Mestre em Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte — UFRN. Professora da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte — UERN. Brasil. E-mail: anoka_20@hotmail.com

Autor Correspondente: Anne Itamara Benigna Evangelista

Rua Francisco Sólon, 220, Boa Vista. Mossoró/RN. CEP 59605-280. Brasil. E-mail: aneitamara@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A Saúde do Trabalhador (ST) é expressa na Constituição Federal de 1988 como atribuição do Sistema Único de Saúde (SUS). A Lei 8.080/90 a define como um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho⁽¹⁾.

Em 2002, a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) é criada com o propósito de implementar a ST em todos os níveis de atenção do SUS, tendo como eixo articulador os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CERESTs)⁽²⁾. A ampliação da RENASt pelas Portarias nº 2.437, de 2005, e nº 2.728, de 2009, avança ao enfatizar a Atenção Primária à Saúde (APS) como principal estratégia de consolidação das ações de ST no SUS. O Pacto pela Saúde firmado em 2006 reforça a centralidade da APS e coloca a ST entre as áreas estratégicas na orientação do processo de Programação Pactuada e Integrada (PPI) da atenção à saúde⁽³⁾.

Assim, a reorganização do SUS propõe ampliação e fortalecimento da RENASt e sua inserção efetiva na atenção primária e, a partir desta, que se estenda à rede de serviços: urgência/emergência; rede ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade, incluindo ações de vigilâncias sanitária, epidemiológica e ambiental⁽⁴⁾.

Entre as características da APS que favorecem a inserção de ações de ST, destacam-se o enfoque da territorialização e a proposta das redes de atenção à saúde. Entende-se que o território facilita o reconhecimento e/ou identificação dos problemas de saúde resultantes dos processos produtivos e de situações de trabalho, possibilitando as ações de vigilância e a oferta de assistência adequada às necessidades de saúde dessa população⁽⁵⁾. A territorialização deve ir além do mapeamento inicial e da delimitação estanque dos territórios, contemplando as distintas dinâmicas que emergem de cada território, entre as quais está, por exemplo, a chegada de novos processos produtivos e tecnológicos⁽⁶⁾. No que se refere à rede de atenção à saúde, a APS é considerada como centro de comunicação dessa rede horizontal, responsável por resolver a grande maioria dos problemas de saúde, organizando os fluxos e contrafluxos das pessoas na rede e responsabilizando-se pela saúde dos cidadãos⁽⁵⁾.

É importante salientar que o desafio de implementar o modelo de atenção à ST condizente com o SUS, em especial na APS, implica a superação das concepções e práticas da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional, as quais, historicamente, subsidiam a intervenção sobre a relação trabalho e saúde, privilegiando os interesses do capitalismo.

A Medicina do Trabalho fundamenta-se na concepção de saúde da teoria unicausal, priorizando a atuação de especialistas, principalmente o profissional médico, em empresas privadas voltadas para exames admissionais, periódicos e demissionais dos trabalhadores. A Saúde Ocupacional é composta por uma equipe multiprofissional com ênfase na higiene dos microambientes de trabalho e na epidemiologia tradicional, com base na concepção de saúde da teoria multicausal. Ambos os modelos de atenção têm um caráter biológico, centram-se no setor privado e formal da economia e enfatizam a ótica do capital, cujo principal objetivo é ter o trabalhador saudável para manter a produtividade e garantir o lucro de empresas.

A Medicina do Trabalho e a Saúde Ocupacional podem ser visualizadas, respectivamente, a partir dos Programas de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSOs) e dos Serviços Especializados em Segurança e Medicina do Trabalho (SESMTs). Esses são serviços existentes em empresas formais, fundados com a atribuição de tutelar a saúde dos trabalhadores, alinhando os interesses de controle da força de trabalho com a produtividade e o lucro, envolvendo exames médicos dos trabalhadores, avaliação de riscos e seu controle⁽⁷⁾.

A ST critica e (re)pensa essas formas de compreensão e intervenção em torno da relação trabalho e saúde. Gestada no movimento de reforma sanitária brasileira e inserida no SUS, é colocada como uma responsabilidade pública do Estado, devendo ser realizada por toda a rede de serviços do SUS. Está fundamentada nas bases teóricas da Saúde Coletiva, como a Epidemiologia Social e a Teoria da Determinação Social do Processo Saúde-doença, cujo processo de trabalho é a categoria central para a explicação da saúde. Trata-se de um modelo contra-hegemônico que tem o objetivo não de atender o capitalismo, mas de garantir a ST.

Esse modelo possibilita ainda uma aproximação entre ST e Saúde Ambiental quando se discutem os impactos que os processos produtivos trazem para a saúde e o ambiente. Destaca-se a importância dessa articulação,

pois, embora se mantenham como campos disciplinares distintos, ambos podem se nutrir de um olhar abrangente que contemple as complexas inter-relações entre produção, trabalho, ambiente e saúde, para iluminar a pesquisa, a formação dos profissionais, as políticas públicas e a ação política da sociedade⁽⁸⁾.

As políticas, programas e ações em ST no SUS coadunam com esse enfoque, requerendo do trabalhador de saúde uma atuação interdisciplinar e intersetorial que possibilite compreender, intervir e transformar as diversas formas de organização do trabalho.

Mesmo com todo o arcabouço jurídico legal que trata da ST no SUS, como a Constituição Federal de 1988, a Lei 8.080/90, a Norma Operacional de Saúde do Trabalhador (NOST), a Norma de Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT), as portarias que discorrem sobre a RENAST, a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e a Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador, observa-se que a materialização da ST na APS ainda constitui um desafio. Entre algumas dificuldades, têm-se: a diversidade das situações e arranjos institucionais; a pouca tradição no desenvolvimento de ações de vigilância à saúde nesse nível de atenção; sobrecarga das equipes da APS; o conceito operacional de território que precisa ser revisto; o nó no acesso aos níveis mais complexos do sistema; a não resolução da integralidade da atenção; e a dicotomia entre as ações assistenciais e de vigilância, sendo aquelas predominantes⁽⁵⁾.

Diante da importância da APS para a concretização da ST no SUS e da insipiente produção científica necessária à construção de conhecimentos que subsidiem a superação dos desafios apontados, este trabalho justifica-se pela necessidade de desvelar a realidade da produção de serviços em saúde do trabalhador no âmbito desse sistema e apontar caminhos que contribuam para a efetivação do papel que a APS tem a cumprir nesse processo. Por isso e por compreender a relevância que o enfermeiro assume hoje na organização/execução da Estratégia de Saúde da Família (ESF), este estudo tem por objetivo descrever as experiências vivenciadas pelos enfermeiros da atenção primária em saúde do trabalhador.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa realizada na cidade de Mossoró, em quatro Unidades Básicas de Saúde (UBS). Estas foram escolhidas por serem utilizadas como

campos de estágio da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte — UERN. Coube aos pesquisadores, como parte dessa instituição, o compromisso de contribuir com sua (re)organização. Além disso, essas unidades estão distribuídas em áreas distintas da cidade, que, por sua vez, configuram espaços com diversos perfis epidemiológicos e variadas realidades de produção de serviços de APS.

A composição da amostra da pesquisa ancorou-se em premissas da tradição qualitativa, “na qual não se confere relevância à representatividade estatística da amostra, no sentido de visar à generalização dos achados, mas ao acúmulo subjetivo ante o objeto a desvelar — correspondendo ao que se designa como amostra teórica”^(9:2892). Os sujeitos do estudo foram selecionados mediante os seguintes critérios de inclusão: ser enfermeiro e trabalhar na ESF há, no mínimo, um ano. Utilizaram-se ainda estes critérios de exclusão: estar de férias, licença, atestado ou afastamento durante o período da coleta de dados. A finalização do tamanho da amostra ficou condicionada ao critério de saturação definido a partir da recorrência da fala dos distintos sujeitos sociais que a compõem⁽¹⁰⁾. Ao final, participaram do estudo 08 enfermeiros.

A fase de campo ocorreu no período de outubro a dezembro de 2010, após parecer favorável de nº 064/2010, do Comitê de Ética em Pesquisa da UERN. Utilizou-se como técnica de coleta de dados a entrevista semiestruturada, conduzida por um roteiro composto por cinco perguntas norteadoras sobre o que se entende por ST, em especial, no SUS; ações realizadas em ST; facilidades e dificuldades em realizá-las e possibilidades de viabilização da ST na ESF. As entrevistas foram realizadas nos locais de trabalho, em horários previamente agendados, em sala reservada e gravadas em aparelho mp4. Após a transcrição destas, utilizou-se como método a análise temática definida por Minayo⁽¹¹⁾. Elencaram-se três categorias analíticas: concepções de enfermeiros da ESF sobre ST; ações de ST na ESF; e limites e possibilidades da ST na ESF. A partir daí, seguiu-se a interpretação do material focalizando a vivência dos enfermeiros com a ST.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste espaço, serão apresentadas a compreensão dos enfermeiros da ESF sobre ST no SUS, as ações de ST realizadas na ESF e as principais facilidades e dificul-

dades em se realizar a ST na APS. Ancorando-se nesses elementos, observa-se que a APS ainda não incorpora a ST no seu processo de trabalho de modo a responder às necessidades sociais de saúde construídas a partir do contexto de vida e trabalho da população.

Concepções de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família sobre Saúde do Trabalhador

Percebe-se que a compreensão da relação trabalho e saúde que fundamenta o pensar e o fazer dos enfermeiros está ancorada, predominantemente, na Saúde Ocupacional, com resquícios da Medicina do Trabalho. A doença assume a centralidade da atuação em ST, cujas ações devem ter como finalidade a reabilitação do trabalhador, para que este retorne ao seu trabalho. Isso pode ser percebido quando afirmam: *a saúde do trabalhador envolve você estar trabalhando a prevenção, a realidade é essa, é a gente estar procurando tratar e reabilitar esse trabalhador, para que ele seja recolocado no mercado de trabalho quando possível. Começa com sua admissão na empresa e nos periódicos, para que se garanta a entrada em outro serviço e possa estar com saúde e desenvolver bem suas atividades* (E2). *O que eu entendo sobre saúde do trabalhador é que é uma parte do ramo da Medicina que visa tratar determinados danos, determinadas doenças que a gente adquire no nosso local de trabalho, visando, acima de tudo, prevenir esses danos, esses malefícios que o trabalho pode ocasionar no trabalhador* (E3).

A importância da prevenção é recorrente nas falas dos enfermeiros, contudo é defendida e compreendida enquanto estratégia que evita a doença, garantindo assim a produtividade, eficácia e eficiência, princípios que reforçam o modo de produção capitalista e não o direito de cidadania. Ao pensar a relação trabalho e saúde nesses modelos de atenção, fatores de risco e ações pontuais e paliativas se evidenciam em detrimento das condições de trabalho, da reestruturação produtiva, das novas tecnologias e das diversas formas de inserção do trabalhador no atual mundo do trabalho.

O profissional de saúde comprometido com a ST não deve se limitar a prevenir ou enfrentar os problemas que impedem ou dificultam o serviço do trabalhador. Busca, na essência, promover saúde, empoderando o trabalhador para assegurar melhores condições de vida e de saúde⁽¹²⁾.

Aparece e predomina entre os entrevistados o entendimento de trabalhador como sendo o trabalha-

dor da saúde da ESF: *Fazemos saúde do trabalhador quando buscamos nossa própria proteção à saúde no nosso ambiente de trabalho. As ações que realizamos aqui no PSF são: vacinação dos profissionais de saúde, prevenção de acidentes por perfurocortantes, orientações aos profissionais quanto ao modo de agir se houver algum acidente com fluidos ou secreções* (E6). Para os que reconhecem o usuário como trabalhador, este é compreendido como aquele que está inserido no setor formal da economia: em empresas, fábricas e indústrias, ficando de fora, assim, os desempregados, os autônomos e os informais, como mostra o depoimento: *Nós temos algumas empresas na área de abrangência da unidade, então, a gente vai lá e faz vacina: H1N1, antitetânica. Então isso é saúde do trabalhador também. A gente já fez nas delegacias, questões de DSTs (Doenças Sexualmente Transmissíveis), de AIDS, de hepatite. Nós temos algumas serrarias aqui na área da unidade. Temos a fábrica de sabão, temos uma firma que presta serviço à Petrobras. Então, a gente tenta trabalhar lá* (E2).

Sobre isso, é válido registrar que a Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador define trabalhadores como “*todos os homens e mulheres que exercem atividades para o sustento próprio e ou de seus dependentes, qualquer que seja a forma de inserção no mercado de trabalho, nos setores formal e informal da economia*”^(13:4). Nesse sentido, a APS, em especial a ESF, por estar mais próxima da vida e do trabalho das pessoas, tem como um dos desafios para a efetivação da ST no SUS, compreender e intervir nas variadas formas de organização do trabalho, como o desemprego estrutural, a informalidade, os trabalhos domiciliares, os agricultores, os empregados domésticos, o crescimento do setor de serviços.

É escasso o entendimento da existência da RENAST, ou seja, de que a ST deve ser exercida em toda a rede de serviços do SUS, na qual a APS, em especial a ESF, é o lócus privilegiado de intervenção nos determinantes do processo saúde-doença dos trabalhadores, como pode ser observado nas seguintes falas: *O que eu conheço de saúde do trabalhador no SUS é que a gente tem os núcleos de atenção, que são os CERESTs (Centros de Referência em Saúde do Trabalhador) aqui em Mossoró, que trabalham essa parte, e aí a gente tem como estar referenciando o trabalhador pra lá, e lá eles vão receber o atendimento de profissionais especializados nessa área. Dentre eles, estão os enfermeiros, fisioterapeuta, psicólogo, médico do trabalho, então, a assistência que o trabalhador precisar, ele tem lá* (E1). *Conheço pouco, até porque, infelizmente, é algo muito pouco divulgado, mas eu já vejo um grande avanço aqui*

em Mossoró, porque a gente tem o CEREST, que cuida exatamente dessa parte de saúde do trabalhador. Agora, dizer assim, como funciona e as ações desenvolvidas, isso aí, realmente, eu não sei (E3). Em outras palavras, o modelo de atenção ST ainda não foi incorporado à ESF.

Nesse sentido, o CEREST, ao assumir a centralidade das ações em ST, através de um atendimento especializado e reabilitador, confunde-se com os SESMTs e reforça o paradigma da Saúde Ocupacional, pois desenvolve ações pontuais e superficiais que não possibilitam ações transformadoras dos processos de trabalho.

Apesar de os CERESTs terem permitido avanços setoriais, acúmulo de experiências e conhecimentos técnicos, ainda têm como dificuldades a articulação intrasetorial com os demais serviços do SUS, em especial com a APS. Na realidade, realizam suas ações de maneira centralizada e passam a dar ênfase aos atendimentos médico-ambulatoriais para trabalhadores adoecidos, tornando-se, muitos, porta de entrada e se distanciando dos demais níveis de atenção⁽¹²⁾.

Ampliando a discussão da compreensão da ST no SUS, expõe-se: *Eu acho que a ST ainda é um embrião, a gente não tem muito acesso, a gente não foi muito preparado. Quando eu saí da faculdade, ainda não era moda essa ST, eu não vi isso. Eu comecei a ver questões de ST nos serviços. Hoje eu sinto como se eu não estivesse capacitada para isso, eu sei que a gente deve estar lendo e tudo* (E7). Essa fala sinaliza que a ST é um campo teórico-prático em construção, o qual demanda para a gestão, serviços de saúde e formação a necessidade de (re)pensar estratégias capazes de fortalecê-lo. Ao mesmo tempo, é uma fala preocupante, pois entende que a ST é uma “moda”, o que a remete à ideia de ser temporária e substituível. A banalização, o uso massivo e indiscriminado do termo ST faz com que, de certa forma, seja reduzida e distorcida a proposta contra-hegemônica que esse campo propõe, pois não há o aprofundamento e a reflexão crítica sobre a importância de se compreender e intervir nos diversos modos de viver e trabalhar dos sujeitos.

Ações de Saúde do Trabalhador na Estratégia Saúde da Família

Evidenciaram-se várias compreensões sobre a responsabilidade da ESF em realizar ações de ST. Sobre-sai o entendimento de que a ESF deve realizar prevenção de doenças e de acidentes de trabalho, especialmente

estes, ficando as ações assistenciais a cargo do CEREST. Também aparece a ideia de que são de responsabilidade do CEREST todas as ações de ST, não sendo atribuição da ESF. Ainda há de forma pontual uma visão um pouco mais ampliada de que a ESF deve desenvolver ações de prevenção, notificação e investigação.

É interessante observar que, quando indagados sobre a realização de ações de ST na ESF, a maioria dos enfermeiros citaram atividades de biossegurança, envolvendo prevenção de acidentes de trabalho com exposição a material biológico e de condutas pós-acidente, voltadas para os próprios trabalhadores de saúde da equipe, em especial, auxiliares e técnicos de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS): *Direta e indiretamente, a gente realiza a questão da prevenção de acidentes, principalmente, com materiais perfurocortantes que, no momento, estão ligados com as auxiliares de enfermagem* (E3). *A gente enfoca algumas patologias que são mais frequentes e que, no trabalho do Agente de Saúde, ele pode adquirir. Então, não deixa de serem ações voltadas para a ST* (E5). *As ações que realizamos aqui no PSF (Programa Saúde da Família) são: vacinação dos profissionais de saúde, prevenção de acidentes por perfurocortantes, orientações aos profissionais quanto ao modo de agir se houver algum acidente com fluidos ou secreções, dentre outras* (E6). *Só a questão de orientações em relação à biossegurança do técnico e auxiliar de enfermagem, são as únicas ações que a gente faz* (E7). Ainda que seja importante o reconhecimento da categoria da saúde enquanto trabalhadora, isso evidencia que o usuário não é visto como trabalhador, mas somente os próprios trabalhadores da saúde. Além disso, reforça-se que, quando o usuário é entendido como trabalhador, predomina a compreensão de este inserido no setor formal.

A ESF realiza ações de ST de cunho educativo e de prevenção de doenças, como palestras voltadas para DST/AIDS e hepatites; distribuição de preservativos; vacinação e orientação quanto ao uso de Equipamentos de Proteção Individual — EPIs para prevenção de acidentes de trabalho, como se visualiza: *Tem a questão de promover ações educativas em algumas empresas da nossa área de atuação, onde a gente tenta trabalhar com elas essa parte preventiva, promover palestras, ações educativas, distribuição de preservativos, vacinação* (E1). *A gente já trabalhou também a questão do uso de EPIs. Então, dentro de saúde do trabalhador no SUS, é mais ou menos isso aí* (E2).

Percebe-se que essas ações, mesmo destinadas aos trabalhadores, são aquelas que fazem parte dos programas estabelecidos pelo Ministério da Saúde para a

população em geral, a ser realizado pela APS, como imunização e programa de DST/AIDS. Isso foi mostrado em uma pesquisa sobre as ações de educação em saúde na APS em que as doenças sexualmente transmissíveis foram a temática mais recorrente e que não houve nenhuma ação educativa voltada para os trabalhadores⁽¹⁴⁾.

É preciso dizer que essas ações de educação em saúde são importantes, mas insuficientes, uma vez que estão centradas na prevenção de doenças e não na possibilidade de realizar a vigilância dos processos produtivos e de trabalho, como também a investigação das necessidades de ST existentes no território. Pode-se relacionar a incipiência dessas questões ao fato de que não se visualiza a ST dentro das áreas consideradas prioritárias para a APS: "saúde da criança, controle do diabetes, controle da hipertensão, controle da tuberculose, hanseníase, saúde bucal, saúde da família e imunização"^(15:55).

Enfatiza-se que as ações realizadas pela ESF, dirigidas tanto aos trabalhadores das próprias equipes quanto aos demais trabalhadores inseridos no território, são de caráter preventivo, deixando-se para o CEREST a responsabilidade pela assistência a esses trabalhadores.

Outra prática relatada foi com relação à orientação e encaminhamento para o preenchimento da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT): *Quando tem algum caso de doença relacionada à questão da ocupação, a gente tem que orientar e encaminhar essa paciente para fazer a CAT (E1). Existe a CAT, que, quando esse profissional chega aqui na unidade com um acidente de trabalho, a gente vai orientar para que ele vá assinar na firma onde ele trabalha. Deve ser preenchida essa CAT, que eu acho muito importante, para que a gente tenha mesmo uma ficha fiel, porque muito acidente de trabalho a gente não tem isso notificado, porque não é feito a CAT, e isso deixa mascarada a realidade do acidente de trabalho. Então, a gente tem isso também no SUS (E2).*

Isso mostra que a CAT, muitas vezes, não é preenchida pela Equipe de Saúde da Família, a qual orienta e encaminha o trabalhador para esse objetivo. Entretanto é importante dizer que a CAT se resume apenas aos trabalhadores do setor formal. É válido frisar ainda que, mesmo diante da subnotificação de doenças profissionais, relacionadas ao trabalho e de acidentes de trabalho, o SUS já incorporou ao Sistema Nacional de Agravos Notificáveis (SINAN) a notificação desses eventos. Isso se configura como um avanço na construção de dados e informações que possibilitem uma maior aproximação com a realidade dos perfis de trabalhadores do Brasil.

As ações de ST que devem ser realizadas pelo SUS são confundidas com aquelas atribuídas aos SESMTs e PCMSOs. É o que se comenta: *a maioria das empresas disponibilizam para os seus funcionários esse tipo de serviço, já na empresa, né? Médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem. Principalmente, as empresas privadas e as de grande porte, elas oferecem isso. Então, são poucas as pessoas que procuram os serviços do SUS para buscar esse tipo de atendimento. Mas se acontece de esses trabalhadores estarem procurando a unidade, a gente atua no sentido de estar encaminhando-os (E4).*

Essa fala, além de ser reflexo da concepção hegemônica do modelo de atenção da Saúde Ocupacional entre os enfermeiros da ESF, evidencia que a assistência ao trabalhador é baseada na demanda espontânea e, como são poucos os trabalhadores que procuram, a oferta de serviços de ST é bem reduzida. Isso, de um lado, mostra a incipiente familiaridade dos trabalhadores da saúde da ESF com o que seja ST no SUS; e, por outro, a falta de conhecimento da população trabalhadora sobre os serviços que o sistema de saúde deve lhe oferecer.

Limites e possibilidades da Saúde do Trabalhador na Estratégia de Saúde da Família

As dificuldades percebidas pelos enfermeiros para a realização de ações em ST na ESF estão relacionadas à CAT, ao próprio trabalho da Equipe de Saúde da Família (EqSF), à vida do trabalhador e sua relação com o trabalho, à lógica da produtividade manifestada pelos empregadores de empresas e à formação do enfermeiro.

Em relação à CAT, aparece a dificuldade relacionada a seu preenchimento quando os enfermeiros afirmam: *Bom, aqui, a primeira dificuldade é porque existe um entrave para o preenchimento da CAT, é uma dificuldade que a gente tem, porque, às vezes, o próprio paciente fica temeroso em estar preenchendo um negócio desses, em estar fiscalizando um acidente de trabalho, e assim, eu acho que é uma demanda que precisaria ser olhada assim com mais desempenho (E1). Uma outra dificuldade seria a CAT, a gente não tem, e aí quando a gente se remete ao CEREST, eles dizem que é a firma que tem que preencher, só que aí eu me pergunto: como que o empregador vai registrar um acidente que aconteceu na sua própria firma, coisa que pode o prejudicar? Então, o empregador não vai preencher e, se ele não preencher, vai ficar por isso (E2).*

A CAT é um documento da Previdência Social e se constitui em um instrumento de comunicação nesse âmbito, que é avaliado no momento de estabelecer, ou

não, benefícios ao trabalhador lesado pelo trabalho. Esse documento deve ser preenchido, em sua primeira parte, pela empresa. No entanto, segundo o art. 336 do Decreto nº 3.048/1999, “Na falta de comunicação por parte da empresa, podem formalizá-la o próprio acidentado, seus dependentes, a entidade sindical competente, o médico que o assistiu ou qualquer autoridade pública”^(16:54). O não preenchimento da CAT traz implicações para o trabalhador, que precisa, na maioria das situações, desse documento para garantir junto ao INSS o recebimento dos benefícios que lhe são de direito.

Ainda que o SUS possua fichas específicas no âmbito do SINAN, para notificar os acidentes de trabalho, doenças profissionais e relacionadas ao trabalho, prover os serviços de saúde de CATs pode ajudar o trabalhador diante de situações em que haja motivações, seja de sua parte ou da parte do empregador, para que o documento em foco não seja preenchido: situações permeadas de interesses e medos, como se observa nas falas acima.

Quanto ao trabalho da ESF, foram apontadas dificuldades com relação à escassez de instrumentos de trabalho, como, por exemplo, material educativo para distribuir entre os trabalhadores; à sobrecarga de trabalho do enfermeiro, que dificulta a incorporação de atividades ainda pouco realizadas, como são as ações em saúde do trabalhador; à organização do serviço para atender demandas específicas dos trabalhadores, como horários alternativos de atendimento, pois muitos não podem ir à UBS em horários comerciais, e ainda, quanto à adesão de todos os trabalhadores da EqSF a realizar ações dirigidas ao trabalhador.

Tais dificuldades são assim expressas: *a gente sente dificuldade de estar trabalhando a saúde com quem trabalha pela questão do horário, que é o horário que a gente trabalha também* (E1). *Outra dificuldade é que a gente não tem material para estar levando no momento das ações: alguma cartilha, algum panfleto, alguma coisa para deixar com eles, então, a gente não tem esse material* (E2). *Outra dificuldade seria a carga de trabalho. Então, a gente não consegue fazer, às vezes, por conta da grande carga de trabalho que o enfermeiro tem e fica pautado só nele* (E2). *A maior dificuldade é a falta de adesão de todos os componentes da equipe, como um todo, de todos mesmo* (E5). *A questão da própria sobrecarga de serviços na própria Unidade, onde, muitas vezes, a gente deixa de executar algumas atividades de ST, que ainda não está inserida propriamente dita a prática de ST dentro da Estratégia de Saúde da Família* (E8).

Um primeiro ponto a ser destacado é a adequação de horários, já que a maior parte dos trabalhadores trabalha em horário similar ao de funcionamento da UBS. Ainda que essa adequação exista por iniciativa de alguns trabalhadores, como se observou na fala de um dos enfermeiros, esse problema deve ser tratado de modo geral e institucional pelos serviços de saúde, sob pena de deixar à margem do sistema milhares de trabalhadores, o que implica repensar estratégias de acesso dos trabalhadores a esses serviços.

A precarização do trabalho na ESF também permeia os problemas acima apontados. A sobrecarga de trabalho e a falta de materiais para o exercício das ações expõem isso. Entretanto é válido comentar que, diante da dimensão e complexidade dos desafios que estão colocados para a consolidação da ST no SUS, a falta de cartilhas e panfletos para distribuir junto aos trabalhadores não deve ser considerada um problema de grande relevância. Isso se torna limitado quando se vê que “o SUS ainda não incorporou, de forma efetiva, em suas concepções, paradigmas e ações, o lugar que o ‘trabalho’ ocupa na vida dos indivíduos e suas relações com o espaço socioambiental”^(6:2064).

Na vida do trabalhador, o consumo do seu tempo com o trabalho foi apontado também como uma dificuldade para a realização das ações destinadas a esse público: *Na clientela de saúde do trabalhador, é muito difícil de trabalhar o lado preventivo: eles não têm tempo de cuidar da saúde, ocupam-se o tempo todo com o trabalho. A gente vê muito isso na clientela feminina, que precisa fazer o preventivo, mas que não tem tempo, o horário de trabalho não permite, tem que esperar pelas férias. Realmente, termina sendo mais difícil trabalhar essa questão* (E4).

Isso é reflexo do novo mundo do trabalho, que tem, entre suas características, o desemprego estrutural, a precarização do trabalho e o aumento do setor informal da economia. Nesse cenário, o trabalhador ocupa a maioria de seu tempo com o trabalho, submetendo-se à lógica do capitalismo, recorrendo ao multiemprego e/ou a mostrar-se produtivo para não perder o trabalho.

A lógica da produtividade também emergiu quando um dos enfermeiros falou da dificuldade em realizar ações nas empresas porque os empregadores, com intuito de evitar a perda de produtividade, não permitem que os trabalhadores façam intervalos para ouvir as EqSF quando estas visitam os locais de trabalho: *As dificuldades seriam algumas vezes por conta do empregador, que vê que,*

quando a gente chega às empresas para conversar, que os empregados têm que parar para ouvir. Eles acham que estão perdendo produção, eles não veem aquilo como um ganho (E2).

Por fim, a falta de formação para atuar em ST foi outro problema bastante enfatizado, tanto do ponto de vista da formação em nível de graduação, quanto da necessidade de educação permanente em saúde, como se observa: *O que a gente conhece é o que a gente foi buscar depois, eu não tive isso na Universidade; na faculdade, eu não aprendi, não vi nada voltado diretamente para a Saúde do Trabalhador. O que eu sei é o que eu fui buscar (E1). As dificuldades são: pouco conhecimento sobre o tema e poucas capacitações direcionadas ao PSF em relação à Saúde do Trabalhador (E6).*

Entra, portanto, na pauta para o debate sobre a consolidação da ST no SUS a questão da incipiência de formação que possibilite aos trabalhadores da saúde atuar na perspectiva da ST tal como está inscrita na Política Nacional de Saúde do Trabalhador, o que coloca para as Instituições de Ensino Superior a necessidade de revisão de projetos pedagógicos dos cursos de graduação em saúde, e, para a Gestão do SUS e seus trabalhadores, o desafio de efetivar a Educação Permanente em Saúde, nela inserindo a relação trabalho e saúde.

Ao lado das muitas dificuldades, há elementos facilitadores da realização de ações de ST que apontam possibilidades de o SUS caminhar em direção ao atendimento das necessidades de saúde do usuário-trabalhador.

A implantação do CEREST no sistema de saúde foi referida como um desses elementos. Sobre isso, afirmou-se: *Dentre as facilidades, uma que a gente pode observar é a implantação dos CERESTs e, a partir daí, ter algum subsídio para encaminhar um paciente, para se dirigir a esses centros e para capacitar esses profissionais que fazem parte da rede de assistência (E8).*

Outra facilidade na busca de ofertar atenção à ST é o próprio desejo dos trabalhadores de aprender, como relata um dos entrevistados: *A facilidade que a gente tem, talvez, seja por parte dos próprios trabalhadores em receber as informações, em querer aprender, então, a gente tem alguma facilidade por isso (E2).*

A formação em saúde foi um tema que, se, por um lado, constitui-se uma dificuldade por não contemplar a área de ST, por outro lado, também apareceu como elemento facilitador pelo fato de a formação do enfermeiro fazer deste um trabalhador que busca novos conhecimentos, preocupado com a resolução de problemas que afetam o cotidiano do trabalho. Isso pode ser observa-

do quando um enfermeiro afirma: *E outra facilidade seria a formação do enfermeiro: não que eu tenha visto algo voltado especificamente para a Saúde do Trabalhador, não vi isso na Universidade, mas a formação que a gente tem de estar sempre buscando alguma coisa, de, quando aparecer um problema, tentar solucionar, estar buscando como que a gente pode fazer. Nesse sentido, ajuda (E2).*

Como pode ser observado, apesar das dificuldades para incorporar a ST como parte das ações da ESF, há possibilidades de superação que permeiam a realidade dos serviços de saúde, que podem ser alvo de investimento para fazer da APS espaço estratégico para a consolidação da ST no âmbito do SUS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A incorporação da ST na APS perpassa uma ampliação do olhar sobre a relação trabalho e saúde que possibilite compreender a articulação entre o mundo do trabalho em âmbito geral, os processos produtivos locais e os processos de trabalho que se desenvolvem nos territórios de abrangência, de modo a perceber os trabalhadores que estão inseridos e aqueles excluídos de tais processos e as implicações disso para suas condições de vida e saúde.

É desafiante consolidar o modelo de atenção da ST porque sua proposta exige o desocultamento e enfrentamento dos desdobramentos do capitalismo para a organização social. Situa-se, por isso, num lugar de contra-hegemonia à lógica capitalista, que busca a reprodução do capital em detrimento das condições de vida e saúde dos trabalhadores.

Parte desse desafio está em superar problemas no âmbito do próprio SUS, que, enquanto política pública de saúde, expressa a contradição do Estado brasileiro diante do cenário descrito, pois, ao mesmo tempo em que tem que garantir o direito à saúde resultante das conquistas democráticas, sofre as consequências do papel exercido pelo Estado em ajustar e se ajustar aos interesses capitalistas neoliberais. Assim, desdobram-se problemas de diversas ordens, indo da insuficiência dos recursos para custear o sistema até as características das práticas de saúde, que desafiam especialmente a APS pela responsabilidade que a ela foi colocada de ser o espaço em que se opera a ESF, principal proposta de mudança do SUS.

Nesse contexto, as práticas predominantes na ESF são ancoradas na Saúde Ocupacional e Medicina do

Trabalho, que coadunam os interesses da reprodução do capital. Há uma ênfase na prevenção de doenças e de acidentes de trabalho, sobretudo aqueles com exposição a material biológico da própria equipe; na assistência baseada na demanda espontânea, no sentido de estar orientando e encaminhando o trabalhador ao CEREST; e na educação em saúde de cunho biológico. Essas práticas não permitem o desocultamento das consequências do capitalismo para o trabalho e a saúde, como também não possibilitam o empoderamento dos trabalhadores para a melhoria das suas condições de trabalho. Ficam de fora a investigação dos processos produtivos e de trabalho do território articulados ao contexto do capitalismo, à territorialização da saúde; a vigilância em ST, a promoção da ST, a articulação com movimentos sociais, a compreensão da relação entre ST e Saúde Ambiental, enfim, ações do modelo de atenção à ST.

Isso ocorre não porque seja intenção deliberada das ESF, mas porque, diante do pouco conhecimento das atribuições referentes à ST no SUS e da sobrecarga de trabalho a que estão submetidos os profissionais, em que as demandas são maiores do que a capacidade de resposta, criam-se as condições de reprodução das práticas já instituídas e, uma vez realizadas, não geram quaisquer motivações de mudança, pois estão em sintonia com o conjunto de interesses hegemônicos reunidos em torno da ideologia do desenvolvimento econômico. Agora, pergunta-se: no contexto do capitalismo, qual a possibilidade de efetivar ST na APS, no SUS, um modelo que estimula o desvendamento dos impactos que esse modo de produção traz para o trabalho e a vida das pessoas e do ambiente?

É preciso apostar nas possibilidades de superação que, simultaneamente, inscrevem-se nessa realidade. Existem grupos contra-hegemônicos na academia, nos movimentos sociais, nos serviços de saúde, entre outros espaços, que possuem experiências exitosas em defesa da ST. Um passo importante é trazer e/ou ampliar esse debate para os cursos de graduação em saúde e para a educação permanente dos trabalhadores da saúde, na perspectiva de dar visibilidade a esses problemas. Outro desafio é a difícil tessitura das articulações intersetoriais, haja vista a dimensão dos problemas enfrentados e, por fim, aproximar-se dos trabalhadores para melhor conhecer suas necessidades e torná-los parceiros no enfrentamento desses desafios.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 19 set 1990.
2. 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):817-29.
3. 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 Méd*. 2010; 2(Supl. 2):38-45.
4. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.728, de 11 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 12 de novembro de 2009. Seção 1, p.76.
5. Dias EC, Rigotto RM, Augusto LGS, Cancio J, Hoefel MGL. Saúde ambiental e saúde do trabalhador na atenção primária à saúde, no SUS: oportunidade e desafios. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009; 14(6):2061-70.
6. Santos AL, Rigotto RM. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na Atenção básica à Saúde. *Trab Educ Saúde*. 2010; 8(3):387-406.
7. Lacaz FAC. Saúde dos trabalhadores: cenário e desafios. *Cad Saúde Pública*. 1997; 13(Supl. 2):7-19.
8. Rigotto RM. Saúde ambiental & saúde dos trabalhadores: uma aproximação promissora entre o Verde e o Vermelho. *Rev Bras Epidemiol*. 2003; 6(4):388-404.
9. Vasconcelos SM, Pontes RJS, Bosi MLM. Avaliação e monitoramento da atenção básica no Estado do Ceará, Brasil: explorando concepções e experiências no nível central. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(12):2891-900.
10. Turato ER, Fontanella BJB, Ricas J. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(1):17-27.
11. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12ª ed. São Paulo: Hucitec; 2010.

12. Lacaz FAC, Santos APL. Saúde do trabalhador, hoje: revisitando atores sociais. Rev Méd. 2010; 2(Supl. 2):5-12.
13. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Segurança e Saúde Trabalhador. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
14. Feijão AR, Galvão MTG. Ações de educação em saúde na atenção primária: revelando métodos, técnicas e bases teóricas. Rev Rene. 2007; 8(2):41-9.
15. Simão E, Albuquerque GL, Erdmann AL. Atenção Básica no Brasil (1980-2006): alguns destaques. Rev Rene. 2007; 8(2):50-9.
16. Ministério da Saúde (BR). O Campo da saúde do trabalhador e o papel dos profissionais de saúde na atenção à saúde dos trabalhadores. Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

Recebido: 03/08/2011

Aceito: 12/12/2011