



Revista grifos

E-ISSN: 2175-0157

grifos@unochapeco.edu.br

Universidade Comunitária da Região de

Chapecó

Brasil

Cesaro, Francieli de; Pit Dal Magro, Márcia Luíza
A ATENÇÃO À SAÚDE DO TRABALHADOR NO ÂMBITO DA ATENÇÃO BÁSICA: UM
ESTUDO DE CASO

Revista grifos, vol. 21, núm. 32/33, 2012, pp. 149-169

Universidade Comunitária da Região de Chapecó
Chapecó, Brasil

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=572967122009>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe , Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

A ATENÇÃO À SAÚDE DO TRABALHADOR NO ÂMBITO DA ATENÇÃO BÁSICA: UM ESTUDO DE CASO

Francieli de Cesaro*

Márcia Luíza Pit Dal Magro**

Resumo

A Atenção Básica desde 2006 está orientada para ser o eixo ordenador das redes de atenção à saúde do SUS. Essa se caracteriza como porta de entrada prioritária do Sistema de saúde e está inserida no território em que as pessoas vivem e trabalham. Isso torna esse nível de atenção à saúde um espaço privilegiado para desenvolver ações voltadas à saúde do trabalhador sob princípios como vínculo, responsabilização, acessibilidade, equidade e participação social. Esta pesquisa teve como objetivo analisar as demandas e as ações de assistência à saúde do trabalhador em um serviço de Atenção Básica no município de Chapecó - Santa Catarina. Trata-se de um estudo de caso realizado a partir da abordagem qualitativa, em que os instrumentos e técnicas de pesquisa utilizadas foram questionário e entrevista semiestruturada. Os resultados apontam que existe uma demanda significativa em saúde do trabalhador sendo atendida por meio das consultas médicas no serviço de saúde estudado. A principal queixa apresentada pelos usuários refere-se à dor osteomuscular, sendo que os trabalhadores usuários reconhecem a relação das mesmas com o trabalho. Em relação às ações de assistência realizadas, destacou-se a dispensação de medicamentos como principal oferta terapêutica, especialmente os analgésicos e anti-inflamatórios. O estudo ainda evidencia que a categoria trabalho ainda precisa ser adequadamente incorporada à compreensão dos processos de saúde e doença e aponta para a importância de ampliar as ofertas terapêuticas nas ações de assistência e para além dessas, a fim de aproximar a Atenção Básica dos princípios preconizados pelo SUS.

Palavras-chave: Saúde do trabalhador. Atenção Básica. Dor osteomuscular. Prescrição de medicamentos.

* Psicóloga CRP 12/10132. Especialização em Psicologia Organizacional e do Trabalho.
E-mail: cesaro@unochapeco.edu.br.

** Doutora em Psicologia pela UFSC. Professora do Curso de Psicologia e do Programa de Pós-Graduação em Políticas Sociais e Dinâmicas Regionais da Universidade Comunitária da Região de Chapecó (Unochapecó).
E-mail: mapit@unochapeco.edu.br.

Introdução

Desde a instauração do sistema capitalista, a atenção à saúde do trabalhador foi assumindo conformações diferenciadas no que se refere às suas concepções e práticas, dinamismo que acompanha as transformações no campo da saúde de um modo mais amplo (DAL MAGRO, 2012). No Brasil, a atenção à saúde dos trabalhadores se constituiu em um sistema paralelo de atuação do Estado até o final da década de 1980, voltada apenas ao trabalhador contribuinte da Previdência Social, cenário que se transformou especialmente por meio da luta pela Reforma Sanitária. Esta culminou com a promulgação da carta constitucional de 1988, que por meio dos artigos 196 e 200 reconhece a saúde como direito de todos e dever do Estado. Esse documento também destaca como competência do Sistema Único de Saúde desenvolver ações voltadas à Saúde do Trabalhador.

Outra importante conquista no âmbito da saúde do trabalhador foi a criação da Rede Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador (RENAST), pela Portaria GM/MS 1.679/2002. Esta coloca como articulador das ações nessa área os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST). Apesar da importância que esses centros vêm assumindo, a Atenção Básica (AB)¹ cada vez mais é reconhecida como uma protagonista para a constituição do que se denomina campo da saúde do trabalhador².

A Atenção Básica, de acordo com Brasil (2006a), se caracteriza por um conjunto de ações de saúde que envolve desde a prevenção até a reabilitação, priorizando tecnologias de baixa densidade de recursos e de elevada complexidade. A importância e diretrizes desse nível de atenção à saúde são destacadas no cenário internacional em 1978, por meio da Conferência sobre Cuidados Primários de Saúde realizada em Alma-Ata, sendo que no Brasil, a relevância da AB é afirmada pela Constituição Federal e na regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS), pela Lei no 8.080. Em 2006, o Pacto pela Vida traz a Atenção Básica como eixo ordenador das redes de atenção à saúde do SUS (BRASIL, 2006b).

Por estar inserida no território em que as pessoas vivem e trabalham, e por configurar-se como porta de entrada prioritária do SUS, a Atenção Básica torna-se um espaço privilegiado para desenvolver ações voltadas à saúde do trabalhador sob princípios de vínculo, responsabilização, acessibilidade, equidade

1 De acordo com Mello, Fontanella e Dermazo (2009), há uma frequente discussão em relação à nomenclatura utilizada para nomear o primeiro nível de atenção à saúde, como Atenção Básica, Atenção Primária e Atenção Primária à Saúde, as quais frequentemente são utilizadas como sinônimos. Neste trabalho será adotada a expressão Atenção Básica por ser esta adotada pelo Ministério da Saúde nos documentos oficiais.

2 O campo da saúde do trabalhador de acordo com Sato, Lacaz e Bernardo (2006, p. 283), remete “a uma abordagem teórico-metodológica que objetiva o estudo, a análise e a intervenção nas relações entre trabalho e saúde-doença, por meio de propostas programáticas desenvolvidas na rede de serviços de Saúde Pública”.

e participação social (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2006b; LEÃO; VASCONCELLOS, 2011). A proximidade desse nível de atenção do cotidiano dos usuários pode facilitar a apreensão da realidade em que esses estão inseridos, potencializando a incorporação do saber do trabalhador ao cuidado em saúde e visibilizar a relação entre o trabalho e os processos de saúde e doença (BRASIL, 2006a). Nesse sentido, a Atenção Básica permite ir além da orientação clínica tradicional, incorporando a educação e o aconselhamento em saúde, a regulamentação e os enfoques baseados em políticas voltadas para a melhoria das condições de vida das pessoas e dos ambientes de trabalho (DIAS, 2010).

Apesar dos avanços registrados no Brasil, Dias (2010) aponta que aspectos como a verticalidade e a centralização das ações em saúde, bem como o predomínio de ações assistenciais em detrimento de ações de prevenção e promoção ainda se caracterizam como grandes obstáculos a serem vencidos para a concretização dos princípios da Atenção Básica. Nesse sentido, faz-se necessário ainda romper com a clínica médica tradicional que tem a tendência de se responsabilizar somente pela enfermidade/doença e não pelo sujeito doente. Para isso é importante que se criem novas tecnologias de intervenção, ferramentas, conhecimentos e compreensões até então distantes do modelo biomédico (CUNHA, 2010).

Dada a importância da AB na atenção à saúde do trabalhador, essa pesquisa teve como objetivo geral analisar as demandas e as ações de assistência à saúde do trabalhador em um serviço de Atenção Básica no município de Chapecó - Santa Catarina. Para isso, buscou-se identificar como se apresentam as “queixas” do trabalhador usuário quando este procura o serviço de AB. Também se mapeou a conduta do profissional médico no que se refere à queixa apresentada pelo trabalhador usuário e a relação das queixas apresentadas com o trabalho.

Método

A presente pesquisa foi desenvolvida a partir da perspectiva teórica da Epistemologia Qualitativa de González Rey, a qual define bases epistemológicas para uma aproximação qualitativa no campo da psicologia (GONZÁLEZ REY, 2002, 2005). Para González Rey (2005), a pesquisa qualitativa deve apoiar-se em três princípios básicos, sendo eles o caráter construtivo interpretativo

do conhecimento, o caráter interativo do processo de pesquisa e à significação da singularidade como nível da produção do conhecimento, através de um processo dialógico.

A pesquisa relatada foi realizada em um Centro Integrado de Saúde (CIS), para o que foi utilizada a estratégia do estudo de caso descrita por Gil (1991). O serviço de saúde estudado tinha na ocasião aproximadamente 20.000 usuários em seu território de abrangência. A escolha por este local se deu em função do mesmo possuir um projeto em andamento relacionado com a temática saúde do trabalhador, vinculado ao Programa de Reorientação da Formação em Saúde (Pró-Saúde). As ações do referido projeto indicavam que esse CIS atendia um grande número de trabalhadores da região com queixas relacionadas às suas atividades laborais, bem como que esses atendimentos ocorriam em torno da demanda espontânea da população, especialmente por meio de consultas médicas.

O trabalho de campo foi realizado em duas etapas e, para tanto, foram utilizados como instrumento e técnica de pesquisa um formulário elaborado pelas autoras e entrevistas semiestruturadas. A primeira etapa foi realizada durante o período de 10 de maio a 23 de julho de 2010, em que foram aplicados formulários aos usuários que procuraram o CIS para realizar consulta médica com o profissional da Estratégia de Saúde da Família (CSF). Essa aplicação ocorreu em dois momentos, sendo o primeiro enquanto o usuário aguardava o atendimento do médico na sala de espera, e o segundo ao final da consulta médica. No primeiro momento os usuários respondiam perguntas que incluíam dados de identificação, informações sobre a queixa que motivava o atendimento e informações sobre o seu trabalho. Em um segundo momento as perguntas do formulário eram relacionadas aos encaminhamentos recebidos em relação à queixa apresentada e a satisfação em relação ao atendimento.

Buscou-se contemplar durante a aplicação do formulário, os turnos matutino e vespertino e os diferentes dias da semana em que as consultas ocorriam. Também se observou que participassem dessa fase do estudo, usuários atendidos pelos 4 profissionais médicos que atuavam nas ESF do CIS. Nesse sentido, em cada turno eram incluídos os usuários pertencentes a uma das quatro ESF que realizavam a consulta médica, alternando-se as ESF.

A segunda etapa da pesquisa ocorreu no período de 18 de junho a 31 de julho de 2010, em que foram realizadas entrevistas semiestruturadas com os usuários atendidos no CIS.

Participaram da primeira etapa da pesquisa 40 usuários, cujo critério de inclusão foi que tivessem mais de 18 anos de idade e que fossem realizar consulta médica. Já da segunda etapa da pesquisa, participaram 4 usuários selecionados a partir do primeiro grupo, cujo critério de inclusão foi o trabalhador compreender que a busca por atendimento no CIS tinha relação com o trabalho. A análise das informações foi realizada a partir da análise de conteúdo proposta por Aguiar e Ozella (2006), a partir da qual chegou-se a dois núcleos de significação que orientaram a escrita desse artigo, sendo eles: As demandas de saúde do trabalhador na Atenção Básica; Ações de assistência à saúde do trabalhador na Atenção Básica.

A realização dessa pesquisa buscou atender aos preceitos éticos estabelecidos na resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sendo que o projeto contou com a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, parecer N. 047/10.

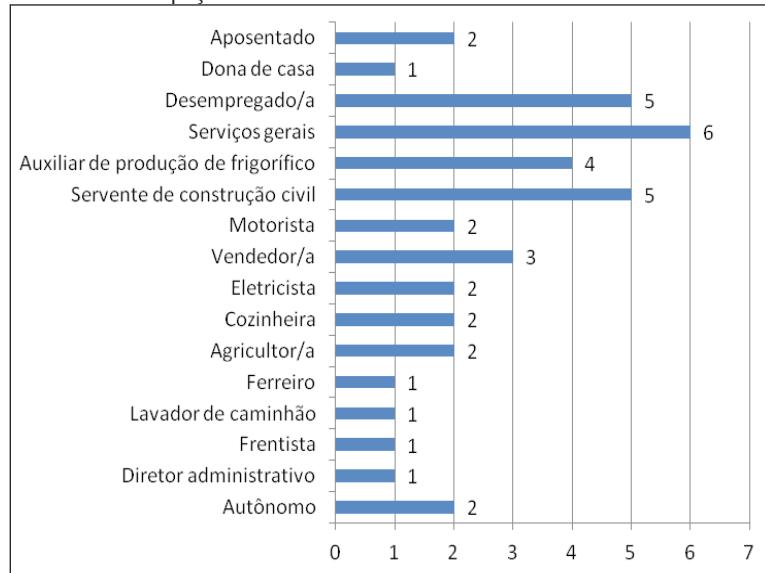
Demandas de saúde do trabalhador na Atenção Básica

Os processos produtivos contemporâneos segundo Blanch e Cantera (2008) caracterizam-se por um mercado de trabalho hiper flexível que combina diferentes situações laborais que incluem formas mais ou menos residuais do modelo taylorista/fordista, inúmeras modalidades de subemprego, trabalho informal e relações de trabalho desregulamentadas. A crise estrutural do capitalismo que dá a tônica ao mercado de trabalho atual não afeta somente países periféricos ou trabalhadores desqualificados, mas a totalidade dos trabalhadores, e seus efeitos produzem o adoecimento e o sofrimento do trabalho (COUTINHO; SILVA, 2011). Na mesma direção, Blanch e Cantera (2008) trazem que essa precarização atual do trabalho constitui um problema de saúde pública e de vulnerabilidade social de primeira ordem. Assim, para que a atenção à saúde do trabalhador seja realizada na Atenção Básica é fundamental que o profissional de saúde incorpore a dimensão trabalho e a realidade do contexto produtivo atual na compreensão dos processos de saúde e doença dos usuários que pertencem ao território.

Levando em consideração as dificuldades e desafios do atual “mundo do trabalho”, a minuta da Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (BRASIL, 2004a) define como trabalhadores aqueles que exercem atividades econômicas independente da forma de inserção no mercado de trabalho. Nesse sentido, são considerados trabalhadores para fins dessa política, além dos trabalhadores formais, os desempregados, trabalhadores avulsos, rurais, autônomos, temporários, bem como aqueles que estão afastados do mercado de trabalho por doença ou aposentadoria. Nesse sentido, a recente Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (BRASIL, 2011) prevê a inclusão de todos os trabalhadores brasileiros no sistema nacional de promoção e proteção da saúde.

As ocupações dos trabalhadores participantes da pesquisa ilustram essa diversidade e adversidade do contexto de trabalho atual como mostra o gráfico 1.

Gráfico 1: Ocupação dos trabalhadores usuários



Como é possível observar no gráfico 1, os trabalhadores usuários do CIS, que responderam ao formulário tem ocupações variadas, sendo que a mais recorrente 6 (15%) é a ocupação de serviços gerais, em que os trabalhadores desenvolvem prioritariamente atividades de limpeza. Em segundo lugar aparecem os trabalhadores desempregados e os trabalhadores da

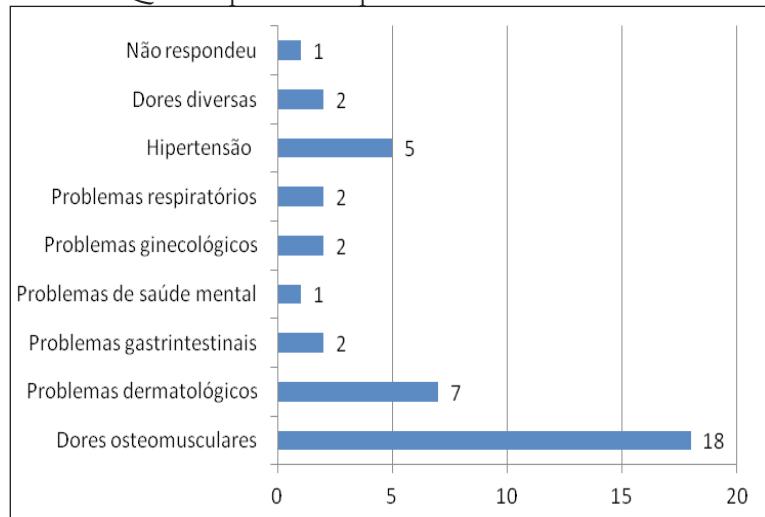
construção civil, os quais somam 5 cada, o que juntos representam 25% dos respondentes. A terceira ocupação mais presente é a de auxiliar de produção de frigoríficos com 4 (10%) dos trabalhadores usuários.

Ao analisar o quadro de ocupações, observa-se o predomínio de atividades laborais que não exigem alta escolaridade ou qualificação profissional. Em sua maioria são ocupações que demandam muito da condição física do trabalhador, pois envolvem uso de força, atividades repetitivas e outros riscos ambientais, como acena a entrevistada Isadora³ que trabalhava como auxiliar de serviços gerais: “Todo dia a mesma coisa, de segunda a sábado [...] nós subíamos uma escada alta com balde de água e descíamos limpando, [...] depois subir e despejar aquela água lá em cima. O que judiava a gente era isso”. Nesse sentido, o tipo atividade laboral realizada era percebido pelos entrevistados como associada às queixas em saúde, como também menciona Luis, que trabalhava como servente da construção civil: “Pra trabalhar na minha função tinha que ser braçal, fazer aqueles painéis altos e grandes, pesados, [...] tinha que fazer bastante força, aí doía os braços”. Em relação ao gráfico 1, também vale destacar que a ocupação anterior de todos os trabalhadores desempregados era auxiliar de produção em frigoríficos, atividade muito associada à presença de doenças ocupacionais, como mostram os estudos de Neli (2006), Sardá, Ruiz e Kirtschig (2009), Araújo e Gosling (2008).

A palavra queixa é frequentemente utilizada no campo da saúde para se referir às dificuldades que os usuários comunicam aos profissionais de saúde no seu contato com os serviços (BRASIL, 2004b; BRASIL, 2009). A busca de cuidado em saúde ocorre quando o usuário comunica sua dificuldade e pede ajuda para lidar com ela. Em relação às queixas apresentadas pelos trabalhadores que responderam ao formulário, essas envolveram desde dores osteomusculares e problemas gastrintestinais até problemas respiratórios, como pode ser observado no gráfico a seguir.

³ Os nomes utilizados são fictícios a fim de preservar a identidade dos participantes da pesquisa.

Gráfico 2: Queixas apresentadas pelos trabalhadores usuários



A análise do gráfico 2 indica que as queixas mais recorrentes foram em relação às dores osteomusculares e aos problemas dermatológicos. Nesse sentido, 18 (45%) dos participantes mencionaram como queixa principal as dores osteomusculares localizadas em diferentes regiões do corpo como membros inferiores, superiores e coluna cervical. Desses, 16 (40%) participantes descrevem aquilo que Assunção e Vilela (2009) definem como dor crônica, que é aquela cuja duração é maior de três meses, como é o caso de Maria: “fiz cirurgia no braço por causa do trabalho, esforço repetitivo. Há 01 ano e meio que vinha sentindo dores, o clínico do posto de saúde me encaminhou para cirurgia e também passei pelo ortopedista”.

As características das dores osteomusculares crônicas fazem com que os trabalhadores usuários retornem com frequência ao CIS na busca de auxílio para lidar com a dificuldade, aumentando a procura por consultas médicas no serviço de saúde em questão. Essa problemática pode ser observada na fala da Carmem, quando justifica o motivo de sua consulta: “o motivo da consulta é retorno ao médico, por causa do problema de coluna”.

Importante destacar que todos os trabalhadores com queixas de dores osteomusculares relacionavam as mesmas às atividades laborais que exerciam, como acena a fala de Ana: “[...] no meu outro emprego eu comecei a sentir dores no ombro e no pulso, e o meu braço inchava do nada, e formava caroços, passava a mão e

tu sentia aqueles nódulos, ai eu fui no posto, como nós não tinha plano, fiz um tratamento com a clínica e melhorei, mas aí depois começou tudo de novo”.

Atualmente as expressões de desgaste de estruturas do sistema músculo-esquelético atingem várias categorias profissionais, sendo identificados como Lesões por Esforços Repetitivos (LER) e Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT)⁴. Essas doenças lideram as estatísticas de doenças profissionais nos países industrializados, sendo que no Brasil, no ano de 2007 as LER/DORT foram a segunda principal causa de concessão de auxílios-doença pelo Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) (TODESCHINI; LINO, 2010). Essa situação coloca esse agravio à saúde dos trabalhadores como prioritário no campo da Vigilância à Saúde do Trabalhador como aponta Lima e colaboradores (2005). Em relação às doenças originadas no trabalho como as LER/DORT, Minayo-Gomes e Thendim-Costa (1997) destacam que essas com frequência são reconhecidas e diagnosticadas em estágios avançados, até porque muitas delas em suas fases iniciais apresentam sintomas comuns a outras patologias, tornando-se difícil reestabelecimento do trabalhador (MINAYO-GOMES; THEDIM-COSTA, 1997).

Segundo o Ministério da Saúde (2001b), a grande maioria dos trabalhadores com LER/DORT apresenta algum tipo de sofrimento, muitas vezes traduzido por angústias, inquietações indefinidas, reclamações e choros constantes, depressões, tristezas, entre outros. Esse sofrimento deriva de características peculiares da doença que precisam ser compreendidas pelos profissionais que se propõem a diagnosticá-las e tratá-las. Assim, por mais que a dor seja a queixa inicial em relação às LER/DORT, essa não está deslocada da dimensão subjetiva do trabalhador. A relação entre a dimensão física, a subjetiva e o trabalho nos remete a não fragmentação do sujeito. Nesse sentido, Dejours (1995) aponta que “o sofrimento é uma vivência psíquica que é também corporal. O sofrimento é vivido, vivido na carne, como o prazer [...] o corpo está sempre engajado no agir expressivo do sofrimento” (DEJOURS, 1995, p. 268).

A questão apontada pelo autor anteriormente referido se evidencia na fala da trabalhadora Laura, que era cozinheira e ao responder ao formulário trouxe como queixa apenas a dor osteomuscular, mas que quando explorado por meio da entrevista, menciona outras dimensões da dificuldade em saúde. “O que mais

⁴ Optou-se neste trabalho por manter ambas as nomenclaturas, a fim de abrigar os diferentes estudos citados acerca do tema. No entanto, vale destacar que existem discussões na literatura que as diferenciam, como aponta Alves (2004).

afeta o meu corpo eu acho que é o estresse, porque assim, você tem hora pra tudo, não pode atrasar nada, chegou aquele horário tem que estar pronto e as vezes acontece alguma coisa e você atrasa e daí você entra em parafuso porque você tem que fazer, naquele horário tem que estar pronto. Eu acho que o pior é o estresse” (Laura).

A cultura de calar a manifestação do sofrimento ou dos sintomas da doença torna-se uma “prática comum entre os trabalhadores, o que reflete, simultaneamente, um misto de esperança da reabilitação espontânea e o medo de perder o emprego” (BARRETO, 2006, p. 36), já que o trabalho é o que lhe proporciona a garantia do sustento individual e/ou familiar. Outras vezes, o fato de não expor seus sintomas está relacionado à crença de que o serviço de saúde não tem essa finalidade. Nesse sentido, o autor referido ainda aponta que mesmo que o usuário verbalize questões que remetem a sua individualidade e sentimentos em relação a sua condição de adoecimento e sofrimento, com frequência não encontrará um profissional de saúde que fará esta escuta de forma adequada.

O caso da trabalhadora anterior indica que para realizar a atenção à saúde do trabalhador é preciso compreender esse em sua integralidade, sua dinâmica psicológica, seus sofrimentos, angústias, desejos e prazeres. É preciso entender o sujeito na sua relação com seu trabalho, “buscando compreender interfaces, condicionantes, determinantes e consequências desta relação, para que seja possível intervir sobre o problema” (CODO et al, 2004, p. 279).

Compreender o trabalhador na sua integralidade significa refletir também sobre os antagonismos e a dialética que perpassa a dimensão trabalho: ora como promotor de sofrimento/adoecimento, ora como propiciador/operador de qualidade de vida, em que mesmo sob condições desfavoráveis o trabalho produz, certo grau de satisfação, fornecendo maneiras para se atingir o equilíbrio mental e o estado de saúde. Nesse mesmo sentido, refere Ana que trabalhava como cozinheira: “Dói os braços, prejudica muito, porque eu sou baixinha e erguer aquele panelão, ou pegar de lá de dentro e tirar, dói. Chega o final do turno que dói tudo, mas é bom e eu gosto [...]. Pra mim é muito bom, porque sem trabalho você não consegue nada e trabalhando você tem um estímulo de vida, porque tem pessoas que ‘ah, eu trabalho porque preciso trabalhar’. Eu não penso assim. Eu trabalho porque eu

gosto do que eu faço. Não que eu não precise, eu preciso, todo mundo trabalha porque precisa, mas eu gosto" (Ana).

Apesar da indissociabilidade entre saúde física e mental, as queixas em saúde mental como motivo da busca por atendimento no CIS foram apontadas por apenas uma trabalhadora. Essa queixa dizia respeito a sentimentos como irritabilidade, ansiedade e choro associadas a queixa de dor osteomuscular, como ilustra a fala a seguir “Eu ando nervosa direto, direto, agitada e nervosa. O médico disse que é mesmo por causa da dor. Ontem a noite mesmo, eu chorei, chorei, não sabia por quê. Áí meu marido perguntava porque eu estava chorando e eu dizia ‘não sei’. Sei lá, me dá aquelas crises lá e começo a chorar, chorar e não paro mais” (Isadora). Cabe destacar que a trabalhadora usuária relacionava suas queixas ao seu trabalho, por desempenhar a mesma função durante 4 anos e estar exposta ao trabalho repetitivo: “Era pela função todo dia a mesma coisa né”(Isadora).

Remetendo-se às demais queixas apresentadas pelos trabalhadores usuários que responderam ao formulário, também tiveram destaque os problemas dermatológicos referidos por 7 (17,5%) dos participantes. Esses diziam respeito às dificuldades como rachaduras, feridas, manchas e coceira na pele, sendo que entre esses trabalhadores, três relacionavam a queixa em saúde com a atividade laboral como ilustra a fala de Tereza: “Tem vezes que não fornecem [luvas] ou toca trabalhar com a luva furada, tem vezes que minhas mãos ficam comidas por causa da soda, dos produtos fortes”.

Dos usuários que responderam ao formulário, 9 (22,5%) recebiam na ocasião da pesquisa algum benefício previdenciário devido a incapacidade laboral permanente ou temporária em função de doença ocupacional ou acidente de trabalho⁵. Segundo informações do INSS, em 2007 foram registrados 653.090 acidentes e doenças do trabalho, entre os trabalhadores assegurados no Brasil. Este número já significativo torna-se mais relevante, porque não estão incluídos aqui, os trabalhadores autônomos (contribuintes individuais), as empregadas domésticas e trabalhadores informais (BRASIL/MPS, 2010). Do total de agravos em que se reconheceu o nexo com o trabalho, 580.592 ocasionaram o afastamento do trabalho devido à incapacidade laboral temporária, 8.504 trabalhadores por incapacidade permanente e 2.804 por óbito (BRASIL/MPS, 2010).

⁵ Segundo o Anuário Estatístico de Acidentes do Trabalho (2008), definem-se os seguintes agravos em saúde do trabalhador **acidentes típicos**: “acidentes decorrentes da característica da atividade profissional desempenhada pelo acidentado”; **acidentes de trajeto**: “acidentes ocorridos no trajeto entre a residência e o local de trabalho do segurado e vice-versa”; **doença profissional ou do trabalho**: “aqueelas produzidas ou desencadeadas pelo exercício do trabalho peculiar a determinado ramo de atividade constante do Anexo II do Regulamento da Previdência Social – RPS, aprovado pelo Decreto no 3.048, de 6 de maio de 1999; e por doença do trabalho, aquela adquirida ou desencadeada em função de condições especiais em que o trabalho é realizado e com ele se relate direta e indiretamente [...]” (MPS, 2008, p.13).

⁶ A partir da Lei nº. 8.213, de 24 de julho de 1991 (MPS, 2008).

Em relação aos trabalhadores participantes da pesquisa que recebiam o benefício previdenciário, 6 (%) deles recebiam auxílio doença comum, ou seja, aquele em que o nexo entre o trabalho e o agravo não é reconhecido. Ao sofrer um acidente de trabalho, o empregador, legalmente⁶, deve notificar e emitir a Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) em 24 horas a partir da ocorrência do acidente ou diagnóstico da doença. Essa comunicação, que possui fins previdenciários, permitirá o estabelecimento do nexo causal e a concessão do auxílio doença acidentário frente à incapacidade laboral temporária (BRASIL/MPS, 2008).

A partir da pesquisa realizada, observa-se que a emissão da CAT ainda é um desafio, já que foi emitida em apenas um caso dos nove trabalhadores que recebiam benefício previdenciário, o qual trabalhava como servente de construção civil. Este descreve como motivo do afastamento do trabalho a queda em uma obra, a qual se caracteriza como um acidente típico. Segundo o Anuário Estatístico de Acidentes do Trabalho (BRASIL/MPS, 2008), no período de 2007 a 2008 no município de Chapecó/SC, foram registrados 3.148 casos de acidentes de trabalho com emissão de CAT, subdividindo-se em: 2.456 típicos, 381 de trajeto e 311 doenças do trabalho. O predomínio de emissão de CAT para acidentes típicos evidencia que as características desses agravos como o fato de serem súbitos e geralmente visíveis, facilita o reconhecimento do nexo entre os mesmos e o trabalho pelo profissional de saúde. Já as doenças ocupacionais se desenvolvem em outra escala de tempo e podem ser menos evidentes no corpo do trabalhador, como as LER/DORT, dificultando o reconhecimento da doença, bem como seu nexo com o trabalho.

As dificuldades na emissão da CAT pelas empresas reiteram a importância dos serviços de saúde pública realizarem as notificações dos agravos em saúde do trabalhador, seja por meio da emissão de CAT, seja através das notificações que alimentam o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)⁷. Nesse sentido, a Atenção Básica tem um papel fundamental na visibilização dessa realidade por ser a porta de entrada prioritária do SUS, cujo acesso também se estende aos trabalhadores que não tem acesso à assistência privada à saúde. As notificações dos acidentes de trabalho podem possibilitar melhorias nas políticas públicas voltadas à saúde e segurança do trabalhador, pois são valiosas ferramentas epidemiológicas que registram a realidade do conjunto de agravos do trabalho.

⁷ Vale destacar que a Prefeitura Municipal de Chapecó lançou a Resolução n. 004/2007 que torna “obrigatória a notificação compulsória de agravos a saúde do trabalhador para todos os serviços próprios da rede municipal, conveniados/contratados pelo Sistema Único de Saúde e aos prestadores da rede privada de saúde de Chapecó” (p. 4).

O auxílio-doença deixa de ser pago quando o segurado recupera a capacidade e retorna ao trabalho, ou quando o benefício se transforma em aposentadoria por invalidez, a qual é concedida aos trabalhadores que forem considerados pela perícia médica da Previdência Social como incapacitados para exercer as atividades laborais que lhes garantem o sustento. Nesse sentido, vale destacar que 2 dos 9 trabalhadores que recebiam benefício previdenciário eram aposentados por invalidez, sendo que ambos exerciam anteriormente a ocupação de agricultor. Os dois trabalhadores em questão associaram a perda da capacidade laboral à atividade que exerciam; um em função de acidente típico e outro em função de doença ocupacional, como indica a fala de Carlos.

Para outros usuários entrevistados que no momento da pesquisa estavam trabalhando, o afastamento do trabalho por doença ocupacional se acenava como inevitável. Esse era o caso de João, que trabalhava nos serviços gerais na atividade de limpeza há quatro anos e seis meses: “Não é muito boa [a condição de trabalho], tenho bastante dor nos braços e dor nas pernas, é quase de não aguentar de dor [...]. Pelo que eu penso é trabalhar aqui até que eu consigo e depois me encostar. Se eu sair daqui e ir para outra firma ninguém vai me pegar. [...] Se eu fosse ir atrás pra me encostar, eu já tinha conseguido, mas eu não quero, enquanto eu puder, eu quero trabalhar” (João).

As discussões trazidas mostram que com frequência a ocupação dos trabalhadores usuários do serviço de Atenção Básica estudado tem relação direta ou indireta com as queixas apresentadas por esses no acesso ao serviço de saúde. Nesse sentido, pode-se considerar que existe uma demanda significativa por assistência relacionada à saúde do trabalhador neste território e, portanto, é significativo compreender como essa ocorre no serviço em questão.

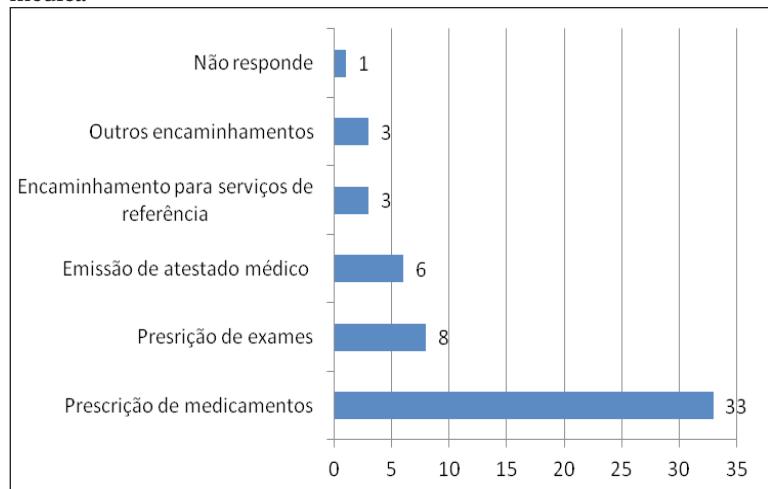
As ações de assistência à saúde do trabalhador na Atenção Básica

Identificar as dificuldades em saúde do trabalhador implica em atendimentos em que ocorra a escuta e o acolhimento, bem como a realização de uma boa anamnese ocupacional. Nesse sentido, a forma como está organizado o atendimento no CIS estudado dificulta a realização desse trabalho já que o mesmo se dá prioritariamente no atendimento à demanda espontânea e

está centrado na consulta médica. Quando analisado o tempo das consultas médicas dos respondentes do formulário, observou-se que 5 (19,6%) consultas tiveram duração inferior a 5 minutos, 13 (32,5%) consultas duraram de 05 a 10 minutos, 20 (40%) de 10 a 15 minutos, e 2 (7,9%) duraram acima de 15 minutos. Compreende-se que o tempo restrito das consultas pode interferir diretamente na oferta de um atendimento diferenciado e na possibilidade de investigar se a queixa tem relação com o trabalho.

As partir da consulta médica realizada, os trabalhadores recebiam diferentes encaminhamentos, de acordo com o representado no gráfico a seguir.

Gráfico 3: Encaminhamentos recebidos pelos usuários após consulta médica



O gráfico 03 representa os encaminhamentos dados pelos profissionais médicos durante as consultas realizadas no CIS. Para sua elaboração, foram agregados os encaminhamentos iguais, sendo que era comum a associação entre dois encaminhamentos diferentes, o que fez com que a frequência total de respostas fosse superior a 40, totalizando 64. A análise das respostas ao formulário indica que a principal conduta terapêutica dos profissionais médicos é a prescrição de medicamentos, o que ocorreu em 33 (82,5%) dos 40 atendimentos analisados. A segunda conduta mais frequente dos profissionais médicos foi a solicitação de exames complementares, como Raio X, Ultrassonografia e hemograma, que aconteceu em 8 (20%) dos atendimentos. Outra conduta que

se destacou foi a emissão de atestados médicos para afastamento do trabalho em 6 (15%) dos casos.

Entre os medicamentos prescritos, destacam-se os anti-inflamatórios (esteróide e não esteróide) e os analgésicos. Em relação aos medicamentos anti-inflamatórios, esses foram prescritos para 24 (60%) dos usuários, enquanto os analgésicos foram prescritos para 10 (25%) trabalhadores usuários. Essas classes de medicamentos auxiliam nos sintomas de dores, inflamações, febre e diferentes tipos de dermatites, o que vai ao encontro das principais queixas em saúde que eram referentes às dores osteomusculares e problemas dermatológicos. Cabe ainda ressaltar que essas duas categorias de medicamentos frequentemente eram prescritas de forma associada. É importante destacar também que 26 (70%) dos trabalhadores que responderam ao formulário afirmaram que já estavam fazendo uso de algum medicamento antes da consulta no CIS.

De acordo com Dantas (2009), a prescrição e o consumo excessivo de medicamentos é um fenômeno presente na sociedade atual. Esse consumo está relacionado ao papel exercido pelas indústrias farmacêuticas, pela força do modelo biomédico que direciona as concepções e práticas de saúde atuais, bem como pelas demandas de felicidade e bem estar contínuo apresentadas pelo sujeito contemporâneo. No caso do trabalhador que é atendido na Atenção Básica, o medicamento também permite o rápido estabelecimento para o trabalho, sem interferir na condição laboral que ocasiona a dificuldade em saúde. Como menciona o entrevistado João: “Ás vezes tem que tomar algum remédio, ir pro posto e fazer alguma injeção, daí passa e vamos trabalhando de novo”.

Alguns participantes da pesquisa, ao perceberem a ineficácia do medicamento em longo prazo, solicitaram ao profissional de saúde outras ofertas terapêuticas ou começaram a buscar respostas para o motivo da dificuldade no próprio corpo, momento em que entram em cena os exames complementares, como pode ser observado na fala de Pedro: “Porque pedi exames, até então eu só era medicado”. Na mesma direção Antônio menciona a satisfação frente à conduta do médico que indica a realização de exames: “Se todos os médicos fossem igual a esse estava bom, me encaminhou para vários exames”.

Outras formas de atendimento, como o de orientações à dificuldade enfrentada, foram relatadas por apenas um usuário, como se observa na fala a seguir: “Eu gostei do atendimento. Ele [o

médico] orientou a sair do emprego, coisa que eu já estava pensando em fazer”(Maurício). Observa-se na fala do trabalhador que ao não identificar formas de intervir no contexto de trabalho adoecedor, o profissional de saúde sugere a busca de outra atividade, o que indica os desafios para desenvolver ações de prevenção aos agravos em saúde do trabalhador por meio desses serviços.

O atendimento baseado na queixa-conduta tendo a prescrição medicamentosa como principal oferta terapêutica vai ao encontro do que os usuários esperam do serviço de Atenção Básica. Nesse sentido, quando questionados se a consulta havia atendido suas expectativas, 33 (82,50%) dos usuários que responderam ao formulário dizendo que sim, e justificaram essa satisfação referindo-se à prescrição de medicamentos como menciona a trabalhadora Tereza: “O médico receitou medicamento até o retorno que vai ser daqui um mês” ou como fala Paulo: “Gostei porque o que eu queria eu falei, ele atendeu, me deu medicamento”.

A forma como ocorre a atenção à saúde do trabalhador no serviço estudado indica a medicalização na saúde, em que ocorre a expansão do discurso médico sobre o campo social. Nesse sentido, esse discurso é apropriado pelo próprio trabalhador usuário, que muitas vezes também busca uma assistência centrada na prescrição medicamentosa. Medicalizar é então difundir um determinado discurso transformando aquela realidade social através de determinados saberes e práticas que intensificam a visão mecanicista e biologicista das doenças; reforça o individualismo e a autoridade do saber biomédico. Ou seja, a medicalização compromete as ações em saúde voltadas para a construção do SUS e para a promoção da saúde (TESSER, 2010).

Considerações finais

O Estado brasileiro tem dado passos importantes rumo à construção do marco legal que regulamenta o campo da saúde do trabalhador, entre os quais se podem destacar a Constituição Federal (1988), a Lei Orgânica de Saúde (1990), o pacto pela saúde (2006), a portaria que cria a Renast (2002) e a recente PNSST (2011). Nesse sentido, um dos aspectos preconizados por esses documentos e que se destacou na pesquisa é a possibilidade de acesso ao serviço de saúde público e gratuito para usuários que estão fora do mercado de trabalho formal ou que possuem diferentes formas de inserção nesse, como trabalhadores

desempregados, autônomos e aposentados. Para esses, que não tem acesso a serviços de saúde ocupacional das empresas ou a planos de saúde privados, a Atenção Básica se caracteriza como uma importante porta de entrada no SUS.

Apesar das conquistas, a realidade dos serviços de saúde indica que ainda há muito que se avançar, para que aquilo que preconizam as leis e políticas se tornem uma realidade para os trabalhadores do país. Entre os desafios que se colocam, nessa pesquisa destacaram-se o predomínio do modelo biomédico e a medicalização da saúde do trabalhador expressos por meio das queixas e anseios de usuários, bem como pela conduta de profissionais médicos. Outro importante desafio diz respeito ao reconhecimento entre da relação entre o agravo/queixa do trabalhador e a atividade laboral. Essa dificuldade se manifesta em diferentes espaços como as empresas, o INSS e também no serviço de Atenção Básica.

Em relação aos limites apontados, uma das questões que se fazem necessárias são capacitações voltadas à saúde do trabalhador para as ESF. Essas que poderiam ser organizadas pelo próprio CEREST, podem auxiliar no reconhecimento da relação entre trabalho e processos de saúde e doença nos usuários atendidos, bem como traçar possibilidades de intervenção que atendam as demandas nesse campo sem que essas se limitem a intervenções individuais e medicamentalizantes.

Outra forma de fortalecer a saúde do trabalhador no CIS é construir ações que venham ao encontro de um atendimento humanizado, como propõe a Clínica Ampliada. Essa visa produzir saúde e aumentar a autonomia dos sujeitos envolvidos no processo, tendo na Atenção Básica um espaço privilegiado, pela proximidade da mesma ao cotidiano de vida e trabalho dos usuários atendidos (BRASIL, 2007; 2009). Nesse sentido, Cunha (2010) aponta alguns caminhos para superar as práticas da clínica tradicional entre as quais se destacam a necessidade de reconhecer que todos os saberes generalizam e ao mesmo tempo estão condenados a serem parciais, quando relacionados com uma situação singular, ou seja, o sujeito doente não estará compreendido totalmente em um diagnóstico, por mais abrangente que este tenda a ser. O segundo aspecto é que a Clínica Ampliada enfatiza as diferenças singulares do Sujeito doente, para assim produzir um projeto terapêutico, que leve em consideração, essas diferenças, transformando-se em uma possibilidade prática de intervenção. Buscar um processo

terapêutico compartilhado e participativo, em que o Sujeito também esteja implicado com a conquista de sua melhora e cura, através de terapêuticas definidas conjuntamente é o que se busca também para a Saúde do Trabalhador no âmbito da Atenção Básica.

Cabe ainda apontar que esse estudo, devido aos seus limites, não abordou os profissionais de saúde para saber como esses veem as demandas e ações em saúde do trabalhador nesse território. Nesse sentido, também não foram analisadas a presença de demandas em saúde do trabalhador em outros serviços que o CIS oferecia na ocasião como consultas de enfermagem e grupos de hipertensos e diabéticos, possibilidades que ficam como sugestão para estudos futuros.

Referências

- AGUIAR, W. M. J.; OZELLA, S.. Núcleos de significação como instrumento para a apreensão da constituição dos sentidos. **Psicologia Ciência e Profissão** [online], Brasília, v. 26, n. 02, p. 222-245, jun., 2006.
- ALVES, N. C. R. **Corpos entre saúde e trabalho: a construção socio-política da LER como doença.** Dissertação (Mestrado em Sociologia). Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2004.
- ARAUÚJO, C. G. & GOSLING, M.. Gestão de acidentes de trabalho em uma empresa frigorífica: um estudo de caso. **Pretexto.** 9(1): 81-94, 2008.
- ASSUNÇÃO, A. A. & VILELA, L. V. O. (2009). **Lesões por esforços repetitivos: Guia para profissionais de saúde.** Piracicaba: Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – CEREST, 2009.
- BARRETO, M. **Violências, saúde e trabalho: uma jornada de humilhações.** São Paulo: EDUC, 2006.
- BLANCH, J. M. & CANTERA, L. M. Subjetivación del trabajo en el capitalismo flexible. In: Mendes, A M. (org). **Trabalho e saúde: O sujeito entre emancipação e servidão.** Curitiba: Juruá, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Previdência Social. Ministério do Trabalho e Emprego. **Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador.** Brasília: MTE/MS/MPS, 2004a.
- _____. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS.** Acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília: MS, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST):** Manual de Gestão e Gerenciamento. 1^a. Ed. Brasília: MS, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: MS/SAS/DAB, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica Ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular.** 2^a ed. Brasília: MS, 2007.

_____. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **O Humaniza SUS na atenção básica.** Brasília: MS, 2009.

_____. **Decreto nº. 7.602, de 7 de novembro de 2011.** Dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho – PNSST. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Previdência Social – MPS. Disponível em: <http://www.previdenciasocial.gov.br/>. Acesso em: 09 set. 2010.

_____. Ministério do Trabalho e Emprego. Ministério da Previdência Social. **Anuário Estatístico de Acidentes do Trabalho.** Brasília: MTE: MPS, 2008.

COUTINHO, M. C. ; SILVA, K. S. S. . El lugar del sujeto en el contexto del trabajo contemporáneo. In: Agulló, E.; Álvaro, J.L.; Garrido, A.; Medina, R.; Schweiger, I.. (Org.). **Nuevas formas de organización del trabajo y la empleabilidad.** 1ed. Oviedo - Espanha: EDIUNO, v. , p. 209-229, 2011.

CODO, Wanderley; SORATTO, Lucia; VASQUES-MENEZES, Iône. Saúde Mental e Trabalho. In.: ZANELLI, José Carlos; BORGES-ANDRADE, Jairo Eduardo; BASTOS, Antonio Virgílio Bitencourt (org.). **Psicologia, organizações e trabalho no Brasil.** Porto Alegre: Artmed, 2004.

CUNHA, G. T.. **A construção da clínica ampliada na atenção básica.** 3^a ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

DAL MAGRO, M. L. P. **Entre a saúde e a norma:** A atenção à saúde dos trabalhadores das agroindústrias do Oeste de Santa Catarina. 2012.292 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

DANTAS, M. A. **Sofrimento psíquico: modalidades contemporâneas de representação e expressão.** Curitiba: Juruá, 2009.

DEJOURS, Christophe. **Le Facteur Humain.** Paris: Presses Universitaires de France, 1995.

DIAS, E. C. (Coord.). **Desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde: aspectos históricos, conceituais, normativos e diretrizes.** Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 2010.

GONZÁLEZ REY, Fernando Luis. **Pesquisa qualitativa em psicologia:** caminhos e desafios. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002.

_____. **Pesquisa qualitativa e subjetividade:** os processos de construção da informação. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2005.

GIL, A. C. **Como elaborar um projeto de pesquisa.** Rio de Janeiro: Campus, 1991.

LEÃO, L. H. C. & VASCONCELLOS, L. C. F. Rede nacional de atenção integral à saúde do trabalhador (Renast): reflexões sobre a estrutura da rede. **Epidemiologia e Serviços de Saúde.** 20(1):85-100, 2011.

LIMA, Mônica A. G. de; NEVES, Robson; SÁ, Sylvia; PIMENTA, Cibele. Atitude frente à dor em trabalhadores de atividades ocupacionais distintas: uma aproximação da psicologia cognitivo-comportamental. **Ciência & Saúde Coletiva [online],** Rio de Janeiro, v. 10, n. 01, p. 163-173, 2005.

MELLO, G. A.; FONTANELLA, B. J. B. & DERMAZO, M. M. P. Atenção básica e atenção primária à saúde: origens e diferenças conceituais. **Revista de Atenção Primária à Saúde.** 12(2): 204-213, 2009.

MINAYO-GOMEZ, Carlos; THEDIM-COSTA, Sonia Maria da Fonseca. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. **Cad. Saúde Pública [online],** Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, p. 21-32, 1997.

NELI, M. A. **Reestruturação produtiva e saúde do trabalhador: um estudo com os trabalhadores de uma indústria avícola.** Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

SANTA CATARINA. **Resolução nº. 004/2007, de 08 de outubro de 2007.** Estado de Santa Catarina. Prefeitura Municipal de Chapecó. Secretaria Municipal de Saúde.

SARDÁ, S.; RUIZ, R. C. & KIRTSCHIG, G.. Tutela jurídica da saúde dos empregados de frigoríficos: considerações dos serviços públicos. **Acta Fisiátrica.** 16(2): 59-65, 2009.

SATO, Leny; LACAZ, Francisco Antonio de Castro; BERNARDO, Márcia Hespanhol. Psicologia e saúde do trabalhador: práticas e investigações na Saúde Pública de São Paulo. **Estudos de Psicologia [online],** Natal, v. 11, n. 03, p. 281-288, 2006.

TESSER, Charles D. (org). **Medicalização Social e atenção à saúde no SUS.** São Paulo: Editora Hucitec, 2010.

TODESCHINI, R. & LINO, D.. A importância social do Ntep e a busca de integração das políticas públicas de segurança e saúde do trabalhador. In. Machado, J.; Soratto, L. & Codo, W. **Saúde e trabalho no Brasil: uma revolução silenciosa.** (pp. 23-35). Petrópolis: Vozes, 2010.

THE ATTENTION TO THE EMPLOYEE HEALTH IN PRIMARY HEALTH CARE: A CASE STUDY

Abstract

Since 2006, the Basic Attention is oriented to be the order axis of the chain of Basic Attention of the SUS. The Basic Attention is the main gateway for Healthcare and it is present in places where people live and work. It makes this attention level to the health a privileged space to develop actions turned to the employee health under principles as entail, responsabilization, accessibility, equity and social participation. This research aimed to analyze the demand and the assistance actions to the employee health in a work of Basic Attention in Chapecó city, Santa Catarina, Brazil. It is about a case study performed from qualitative approach. The tools and research techniques used were survey and semi structured interview. The results show there is a significant demand at employee health being attended through medical appointment in the healthcare center studied. The main complaint made by the users is related to osteomuscular pain, and the users employees confess it has relation to their work. Regarding the assistance actions performed, the one that stood out was the dispensation of medicines as main therapeutic offer, specially the painkillers and anti-inflammatories. The study also shows that the category "Work" still needs to be rightly inserted in the understanding of the health and sickness processes and it points to the importance to increase the therapeutic offers in the assistance actions and beyond them in order to approximate the Basic Attention and the adopted principles by SUS.

Keywords: Employee health. Basic Attention. Osteomuscular pain. Medicine prescriptions.