

**FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA DE MOSSORÓ –
FACENE/RN**

ELSON FABIO ALBINO DO VALE

**POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR: conhecimento de
profissionais da saúde da estratégia saúde da família no município de Mossoró-RN**

**MOSSORÓ
2011**

ELSON FABIO ALBINO DO VALE

POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR: conhecimento de profissionais da saúde da estratégia saúde da família no município de Mossoró-RN

Monografia apresentada à Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN, como exigência para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

ORIENTADORA: Profª Esp. Verusa Fernandes Duarte

**MOSSORÓ
2011**

ELSON FABIO ALBINO DO VALE

**POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR: CONHECIMENTO
DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO
MUNICÍPIO DE MOSSORÓ-RN**

**Monografia apresentada pelo aluno Elson Fábio Albino do Vale da
Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró, tendo obtido o
conceito_____ conforme a apreciação da Banca Examinadora
constituída pelos professores:**

BANCA EXAMINADORA

**Profª Esp. VERUSA FERNANDES DUARTE
ORIENTADORA/FACENE/RN**

**Profº Esp. EUMENDES FERNANDES CARLOS
MEMBRO DA BANCA/FACENE/RN**

**Profª Esp. RAQUEL MIRTES PEREIRA DA SILVA
MEMBRO DA BANCA/FACENE/RN**

A pureza da alma esta nos princípios que seguimos a vida não imita a arte, nunca tente maquiá-la. As diferenças não são defeitos é parte de você, Já que somos tão distintos e semelhantes ao mesmo tempo. (Fabio Luciano)

AGRADECIMENTOS

A Deus por ter colocado nos meus caminhos pessoas que me possibilitou aprender e crescer como ser humano.

A meus pais, Maria Elza e Antonio Batista, pelo amor, carinho, educação e incentivo que me deram em toda minha vida.

A meus avôs, Pedro Sobrinho e Maria Elza (Lilia) que me incentivaram e sempre acreditaram em mim.

A meus queridos sobrinhos: Julia do vale, Vinícius do vale e Ananda Sofia do vale.

A meus tios que manteve-se presente, principalmente, Elione, Eliete e Claudiano.

A meus irmãos, Elson do Vale e Fagno do vale que sempre me apoiaram com dedicação e amor.

A meus Primos, principalmente João Paulo pelo companheirismo.

A meus amigos da comunidade "os certinhos" que me ajudaram nas horas que mais precisei (Gledso, Tiago, Leilson, Magnaldo, Eduardo, Sueldo, Priscila, Alexandre, Luciano, Ewerton, Rafael, adam e Miguel Neto...).

A minha segunda mãe Hosana, que ganhei trilhando a vida.

A minha irmã Thálita e o meu irmão Thálisson que Deus me fez conhecer.

A meus amigos de infância que ajudaram na construção da minha personalidade. (Valtemir, Gleysson e Breno).

A todos os meus colegas de classe por estarem comigo, nessa longa caminhada.

A minha querida orientadora Prof^a Verusa Fernandes, pela paciência, incentivo, compreensão e contribuição na construção do conhecimento.

A minha querida amiga Vanessa (bibliotecária) que me ajudou na construção do meu projeto com toda paciência.

A meus queridos Professores Fausto e Priscila que forma um casal muito especial, assim como, Ana Cristina.

A meus queridos professores, Tatiana, Iodone, Kaliany, Patrícia Helena, Carla e Raquel.

A meus professores que hoje são meus amigos, Thiago, Rafael, Lucidio, Lauro, Eumendes e minha querida Preceptora Simone, pelos ensinamentos.

Aos companheiros Ritinha, Emanuel, Saulo, Eguimara, Diego, widson, Nilvaneide e Raimundo.

As minha cunhadas Melry e Leila.

Aos meus amigos que construir na faculdade Renata, Rayssa, Luana, Edieldo, Ivo, Bruno, Neto, Alexa, Raquel e Paula.

RESUMO

A saúde do trabalhador pode ser definida como uma condição harmônica entre as condições sociais, ambientais e fisiológicas. Este trabalho teve como objetivo geral, analisar o conhecimento de profissionais da saúde da Estratégia Saúde da Família sobre Política Nacional de Saúde do Trabalhador (PNST); como objetivos específicos: caracterizar a situação profissional dos entrevistados; Identificar na opinião dos profissionais entrevistados os riscos laborais no seu ambiente de trabalho; Verificar na opinião dos profissionais entrevistados a inserção da PNST no seu ambiente de trabalho; Analisar na opinião dos profissionais entrevistados a importância da PNST. Trata-se de uma pesquisa do tipo descritivo-exploratória com abordagem quanti-qualitativa. A presente pesquisa foi realizada em 04 Unidades de Saúde da Família (USF) na cidade de Mossoró-RN. A amostra pesquisada foi com 8 profissionais de saúde que atuam a mais de 3 anos na estratégia saúde da família (ESF). Os dados foram coletados através de um roteiro de entrevista. Os resultados quantitativos foram expressos na forma de porcentagem, demonstrados na forma de gráficos sucedidos de discussão e referente aos dados qualitativos foi utilizada para análise a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), onde foi constatado que 62,5% dos profissionais entrevistados conhecem a política nacional de saúde do trabalhador e 37,5% afirmaram que não conheciam a política; 87,5% dos entrevistados consideraram que nas unidades que trabalham existe riscos laborais no ambiente de trabalho, e apenas 12,5% consideraram que não existe nenhum tipo de risco de trabalho; 62,5% dos profissionais entrevistados não se sentem inseridos na PNST, e 32,5% dos entrevistados se sentem inseridos, constatou-se que os profissionais que responderam se sentir inseridos remeteram a situação onde eles têm apoio da Secretaria de Saúde e do CEREST municipais. 50% dos entrevistados responderam que não executam a PNST no seu ambiente de trabalho, e os outros 50% executam de alguma forma, os profissionais de saúde entrevistados que responderam que executam a PNST, tinham também pouco conhecimento da política, visto que o uso dos EPI's foi citado como a única forma de execução da política que eles conheciam. Dos entrevistados não souberam responder ou acharam difícil analisar a importância da PNST e os mesmos julgaram como importante a PNST. A pesquisa nos permitiu concluir que se tenha uma melhora na execução da PNST é importante que os profissionais de saúde envolvidos conheçam a política como um todo e não fragmentada. Portanto a execução da PNST deverá ser de forma integral e universal para os profissionais e usuários dos serviços.

Palavras-chave: Saúde do Trabalhador, Saúde da Família e Unidade Básica de saúde.

ABSTRACT

The worker's health can be defined as a harmonic condition among the social, environmental and physiological conditions. This study had as a general objective, analyze the knowledge of the professionals of health from the Family Health Strategy about Política Nacional de Saúde do Trabalhador (PNST); as specific objectives: to characterize the professional situation of the interviewees, to identify the opinion of the professionals interviewed the occupational hazards in the workplace; Check in the opinion of the professionals interviewed the insertion of PNST in their work environment; analyze the opinion of the professionals interviewed the importance of PNST. This is a descriptive-exploratory survey with a quantitative and qualitative approach. This survey was conducted in 04 Unidades de Saúde da Família (USF) in Mossoró-RN. The sample was investigated with 8 health professionals who work more than three years in the Estratégia Saúde da Família (ESF). The data were collected using an interview script. The quantitative results were expressed in form of percentage, shown in forms of graphs followed by discussion and regarding the qualitative data was used to analyze the technique of Collective Subject Discourse (CSD), where it was found that 62.5% of the interviewed professionals know the national policy on occupational health and 37.5% said they did not know the policy, 87.5% of interviewees considered that in the units where they work there are occupational hazards in the workplace, and only 12.5% considered that there is no kind of work risk, 62.5% of the professionals surveyed do not feel included in PNST, and 32.5% of interviewees feel inserted, it was found that professionals who responded feel inserted to refer the situation where they have support from the Department of Health and the CEREST of the city. 50% of interviewees answered that do not perform PNST in their workplace, and the other 50% run in some way, health professionals interviewed who answered that perform PNST, also had little knowledge of politics, since the use of IPE was cited as the only form of execution of the policy that they knew. The interviewees could not answer or thought it difficult to analyze the importance of PNST and the same thought as important PNST. The research allowed us to conclude that it has an improved implementation of PNST. It is important that health professionals involved know politics as a whole, not fragmented. Therefore the implementation of PNST should be integral and universal for professionals and service users.

Keywords: Occupational Health, Family Health and Primary Care health.

LISTA DE QUADRO

Quadro 1: Idéia central e Expressões-chave em resposta a questão: “Existem riscos laborais no seu ambiente de trabalho?”.....	35
Quadro 2: Idéia central e Expressões-chaves em resposta a questão: “Como profissional de Saúde, você se sente inserido dentro da PNST.....	38
Quadro 3 – Idéia central e Expressões-chaves em resposta a questão: “ Você Executa PNSST no seu Ambiente de Trabalho	40
Quadro 4 – Idéia central e Expressões-chaves em resposta a questão: “ Em sua opinião, analise a importância da Política Nacional de Saúde do Trabalhador?.....	41

LISTA DE GRÁFICO

Gráfico 1- Caracterização da amostra pautada à idade.....	29
Gráfico 2 – Caracterização da amostra, pautada tempo de formação e atuação profissional.....	30
Gráfico 3 - Caracterização profissional dos entrevistados relacionando a graduação e pós graduação.....	31
Gráfico 4 – Referente ao conhecimento dos profissionais que atua na estratégia saúde da família sobre a política nacional de saúde do trabalho.....	32
Gráfico 5 – Caracterização dos profissionais que atuam na ESF, dos que conhecem a política, conheceram a PNST através de que?.....	33
Gráfico 6 – Gráfico 6 - Caracterização dos profissionais que atuam na ESF sobre a existência de riscos laborais no seu ambiente de trabalho.....	35
Gráfico 7 – Referente à inserção dos profissionais dentro da PNST.....	37
Gráfico 8 – Referente a execução da PNST no âmbito de trabalho.....	39

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
2 OBJETIVOS.....	14
2.1 OBJETIVO GERAL.....	14
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	14
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	15
3.1 BREVE RELATO SOBRE A POLÍTICA NACIONAL DA SAÚDE DO TRABALHADOR	18
3.2 REDE NACIONAL DE ATENÇÃO A SAÚDE DO TRABALHADOR (RENAST).....	20
3.3 CENTRO DE RETENÇÃO EM SAÚDE DO TRABALHADOR.....	20
3.4 ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) E A SAÚDE DO TRABALHADOR.....	21
3.5 RISCOS OCUPACIONAIS E OS PROFISSIONAIS DA SAÚDE DA FAMÍLIA	22
4 METODOLOGIA.....	24
4.1 TIPO DE PESQUISA.....	24
4.2 LOCAL DA PESQUISA.....	24
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	25
4.4 INSTRUMENTO PARA COLETA DADOS.....	25
4.5 PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS.....	26
4.6 ESTRATÉGIA PARA A ANÁLISE DOS DADOS.....	26
4.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	28
4.8 FINANCIAMENTO.....	28
5 RESULTADOS E ANÁLISE DOS DADOS.....	29
5.1 ANÁLISE QUANTITATIVA	29
5.2 ANÁLISE QUALITATIVA.....	34
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	44
REFERÊNCIAS	46
APÊNDICES.....	51

1 INTRODUÇÃO

A saúde do trabalhador pode ser definida como uma condição harmônica entre as condições sociais ambientais e fisiológicas, a política de segurança e saúde do trabalhador, compreendem a atenção integral à saúde, a articulação intra e intersetorial, a participação popular, o apoio a estudos e a capacitação de recursos humanos. (BRASIL,2004;REIS, 2007;SAITO, 2008)

Historicamente a preocupação com a saúde e segurança do trabalhador não remete apenas a fatos recentes, mais alguns relatos mostram que existe desde o século IV a.C., Hipócrates em meio as suas pesquisas descobriu que algumas doenças que acometia os trabalhadores das minas tinham origem no ambiente do trabalho e Aristóteles no mesmo século se fundamentou nessas pesquisas para tratar e prevenir os trabalhadores das minas das doenças do trabalho. (REIS, 2007)

Quando se fala em saúde do trabalhador o fato histórico que marca os avanços iniciais a partir de 1904, foi a Legislação Trabalhista Brasileira que priorizou os acidentes ocasionados apenas no ambiente de trabalho, apesar da resistência que contrariou uma nova legislação. Em 1919 surgiu o primeiro decreto legislativo definindo o acidente de trabalho como característica uni causal, mas somente em 1959 é que foi ampliada a definição de acidente de trabalho e redefinido com característica multicausal. (SARQUIS, 2004)

A partir de 1987 as leis que normatizam a saúde do trabalhador foram elaboradas pelo Ministério da Saúde, mas somente em 1988 com a promulgação da constituição federal, foi garantida melhorias na condição social tanto aos trabalhadores rurais quanto aos trabalhadores urbanos e ficou determinado a obrigatoriedade do seguro contra acidentes de trabalho e a respectiva indenização, o que veio contribuir e acrescentar na melhoria das condições de trabalho até então existentes. (SARQUIS, 2004)

Segundo o autor supracitado baseada nas regulamentações das leis pelo Ministério de Saúde, a assistência à saúde do trabalhador passa a ser

de competência do Sistema Único de Saúde (SUS). É competência do SUS executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador, essas ações estão regulamentadas na seção que regula o direito à saúde, haja vista a inclusão do artigo 200 onde além de outras atribuições como, vigilância sanitária e epidemiológica refere-se também as ações do trabalhador.

Observamos que as freqüentes transformações na economia, política, na área social e técnica, vêm ocasionando grandes agravos à saúde do trabalhador, esses fatores podem ser evidenciados pela busca incessante na ampliação de rendas. Por tudo isso tem havido aumento da jornada de trabalho, como acúmulo de funções, uma maior exposição a fatores de risco para a saúde e o descumprimento de regulamentos de proteção à saúde e à segurança. Esses fatores somados com a diminuição dos níveis salariais e o aumento da instabilidade no emprego trazem uma grande descarga física e psicológica para o trabalhador. (AZAMBUJA, 2006)

A PNSST é norteada para a redução dos acidentes e doenças que estão relacionadas com o trabalho, e coloca as ações em promoções, reabilitação e vigilância na área de saúde como pontos fundamentais. As suas diretrizes compreendem a atenção integral a saúde, articulação intra-setorial, participação popular, apoio a estudos e também a capacitação de recursos humanos. (BRASIL, 2011).

As diretrizes que estão garantidas na portaria nº 1.125 de 6 de julho de 2005, garante atenção integral a saúde do trabalhador e sua participação em todos os níveis de saúde englobam também os próprios trabalhadores da saúde que são responsáveis para propagar tais diretrizes. A Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), que é regulamentada pela portaria nº 2.728/GM de 11 de novembro de 2009, é uma das estratégias para a garantia da atenção integral à saúde dos trabalhadores. (BRASIL, 2011)

Existem dois tipos de Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), os estaduais e os regionais e estão divididas assim para garantir melhores condições de trabalho e na qualidade de vida ao

trabalhador por meio da prevenção e de vigilância. Entre as funções do CEREST estão às capacitações da rede de serviços de saúde, o apoio as investigações de maior complexidade, assessorar a realização de convênios de reestruturação da assistência de média e alta complexidade para atender aos acidentes de trabalho e agravos contidos na Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho e aos agravos de notificação compulsória citados na Portaria GM/MS nº 777 de 28 de abril de 2004 (BRASIL, 2011).

Um fato preocupante é quando se fala em riscos ocupacionais, pois o trabalhador reconhece os seus riscos, mais não executa as medidas preventivas quando não são questionados. (MERLO;HOEFEL:OLIVEIRA, 2004) e até mesmo desconhece os meios legais que podem se amparar quando sofrem por algum agravo ocupacional.

A pesquisa proposta gerou-me inquietações diante da escassez de literatura, e na busca de contribuir para a ampliação de conhecimentos dos atores envolvidos no cenário da Saúde da Família sobre execução e a inserção dos sujeitos na Política Nacional de Saúde do Trabalhador, e bem como contribuir para a academia e a sociedade na perspectiva de gerar transformações positivas no âmbito da saúde.

E diante do exposto faz-se a seguinte questionamento, será que os Profissionais da estratégia saúde da família de nível superior conhecem e executam a PNST?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o conhecimento de profissionais da saúde da Estratégia Saúde da Família sobre Política Nacional de Saúde do Trabalhador.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar a situação profissional dos entrevistados;
- Identificar na opinião dos profissionais entrevistados os riscos laborais no seu ambiente de trabalho;
- Verificar na opinião dos profissionais entrevistados a inserção da Política Nacional de Saúde do Trabalhador no seu ambiente de trabalho;
- Analisar na opinião dos profissionais entrevistados a importância da Política Nacional de Saúde do Trabalhador.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 BREVE RELATO SOBRE A POLÍTICA NACIONAL DA SAÚDE DO TRABALHADOR

No início da revolução na Inglaterra surgiu à necessidade da organização do trabalho, essa nova visão ocasionou mudanças na saúde e na vida dos trabalhadores, muitas pessoas saíram dos seus hábitos naturais, como as lavouras e foi para as cidades trabalhar nas fabricas. As condições extremamente precárias devido à exposição a novos riscos de cada tipo de doença fizeram com que houvesse um aumento nas complicações da saúde do trabalhador e uma elevação nos números de morte. (FIGUEIREDO, 2007; RIBEIRO,2008)

Assim surgiu a necessidade da intervenção diretamente na saúde do trabalhador, organizando algumas formas de intervir no processo saúde-doença. Esses interesses eram conflitantes, pois as ações de saúde dessa época dissociavam dos atuais programas de saúde coletiva, não passavam de campanhas de vacinação e programas verticalizados, excluindo assim grandes partes da população da atenção a saúde, esses modelos da época juntamente com as condições desfavoráveis da população contribuíam para aumentar mais ainda as péssimas condições de saúde e qualidade de vida dos cidadãos. (BRASIL, 2004;FIGUEIREDO, 2007;RIBEIRO,2008)

O marco histórico que garantiu a seguridade social para os trabalhadores foi o decreto nº 4.682 de 24 de janeiro de 1923 a lei Eloy Chaves , inicialmente somente os ferroviários foram contemplados com a criação da Caixa de Aposentadorias e Pensões, essa iniciativa norteou e a pós promulgação desta lei, outras empresas foram beneficiadas e seus empregados também passaram a ser segurados da Previdência Social.(BRASIL, 1924;BRASIL, [2006]; SZEKIR , 2008)

Tal fato ocorreu em função das manifestações gerais dos trabalhadores da época e da necessidade de apaziguar um setor estratégico e

importante da mão-de-obra daquele tempo que era os ferroviários. A referida lei Eloy Chaves destinou-se a estabelecer em cada uma das empresas de estrada de ferro existentes no país, uma Caixa de aposentadoria e de pensões garantindo, benefícios de aposentadoria por invalidez, a ordinária (equivalente à aposentadoria por tempo de serviço), pensão por morte e assistência médica. (BRASIL, 1924;BRASIL, [2006]; Szekir, 2008)

Somente a partir dos anos 70 e durante quase toda década dos anos 80 levado pelos altos índices de mortalidade, gerando assim movimentos sociais que levou o País ao processo de redemocratização. Em meio a esses problemas surge o movimento de reforma sanitária, propondo novos horizontes para a saúde pública brasileira, que pressionado pela organização internacional do trabalho (OIT), devido o crescimento brusco de acidentes de trabalho, incluiu também nesse processo a saúde do trabalhador. (BRASIL, 2004;RIBEIRO,2008)

A medicina do trabalho, enquanto especialidade médica teve sua origem na Inglaterra, na primeira metade do século XIX, no período da Revolução Industrial, foi uma das primeiras conquistas dos trabalhadores, pois as empresas passariam a reorganizar os seus próprios serviços de saúde com finalidade de resguardar a capacidade de trabalho dos empregados e da produção, com ações que visavam apenas à cura dos sintomas. (MENDES; DIAS, 1991)

Os médicos do trabalho dentro das empresas executam periódico de todos os empregados ou nos que estão mais expostos a riscos, realizam e interpretam exames médicos especiais nas mulheres, idosos ou portadores de necessidades especiais fazendo anamnese e exames clínicos, faz tratamento de urgência, avalia junto a outros profissionais as condições de segurança, planejam e executam os programas de treinamento das equipes de emergências, procede aos exames médicos destinados à seleção de candidatos a novos empregos e auxiliam na inspeção das instalações destinadas ao bem estar dos trabalhadores. (ARAÚJO, 2010)

A enfermagem do trabalho também teve sua origem na Inglaterra no século XIX, os cuidados prestados pela enfermagem são recentes, pois antes eram vistos como serviços de pronto socorro e os mesmo não tinha serventia junto com a equipe de saúde do trabalhador. A partir daí foi vista a importância dos serviços de enfermagem dentro da equipe de saúde do trabalhador, pois dentro do seu vasto campo de atuação destacam-se as funções administrativas, educativas, integralidade e de pesquisa. (HAAG; LOPES;SCHUCK, 2001)

O enfermeiro do trabalho ele elabora e executa planos e programas de proteção à saúde dos empregados. estuda as condições de segurança da empresa observando junto com a equipe locais de periculosidade para intervir com exatidão nos programas de prevenção de acidentes e de doenças profissionais ou não profissionais. Presta primeiros socorros no local de trabalho, elaborando e realizando ou supervisionado e avaliando as assistências de enfermagens. Treina trabalhadores sobre auto-segurança e planeja e executa programas de educação sanitária. (ARAÚJO, 2010)

O Sistema Único de Saúde (SUS) criado pela Constituição de 1988 e regulamentado pela Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, visto que passa ter competência e direito sobre o processo saúde-doença relacionada à saúde do trabalho. As ações de saúde do trabalhador deliberadas na 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalho tiveram como eixos norteadores: integralidade e transversalidade da ação do Estado em Saúde do Trabalhador, incorporação da Saúde do Trabalhador nas políticas de desenvolvimento sustentável, efetivação e ampliação do controle social em Saúde do Trabalhador. (COHM;ELIAS,2005; RIBEIRO,2008).

Uma das importâncias da Política Nacional de Saúde do Trabalho (PNST) é as ações voltadas para melhoria dos processos e ambiente de trabalho, como também esclarecer que o acidente de trabalho é definido como os agravos que ocorrem pelo exercício do trabalho, a serviço da empresa que provoca lesões corporais, perturbações funcionais que causam a morte, perda ou redução permanente ou temporária da capacidade para o trabalho. (FIGUEIREDO, 2007;RIBEIRO,2008)

Dessa maneira deu-se uma atenção maior a saúde do trabalho que reflete uma vitória diante dos movimentos de saúde que reivindicavam as ações relacionadas à saúde do trabalhador fizessem parte do direito universal à saúde, incluídas no intento da saúde pública. Vários fatores contribuíam para a institucionalização da saúde do trabalhador no recinto do sistema único de saúde, dentre eles destacam-se: movimento de Oposição Sindical dos anos 70 e 80, movimento pelas eleições diretas e pela Assembléia Nacional Constituinte, movimento da Reforma Sanitária Brasileira, promulgação da “Constituição Cidadã” em 1988, com a conquista do direito universal à saúde e o advento do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2004;RIBEIRO,2008).

O estado promove as ações de saúde para garantir que o trabalho que é base da organização social e direito humano fundamental sejam realizados em condições que contribuam para a melhoria da qualidade de vida, a realização pessoal e social dos trabalhadores, sem prejuízo para sua saúde, integridade física e mental, essas ações sendo tanto no campo da saúde como na segurança do trabalho. (BRASIL, 2004)

As ações implementadas pelo estado na ótica da saúde do trabalho, inclui todos os aspectos físicos, ambientais e mentais. Na sua dimensão social, as demandas por saúde são reivindicadas diretamente pelo trabalhador no serviço de saúde, aonde se somam as ações preventivas e/ou curativas, que de modo holístico dá garantia de trabalho, a natureza e relações de trabalho, a distribuição da renda, as questões diretamente relacionadas às condições e ambientes de trabalho, com o objetivo da promoção, proteção e recuperação da saúde e a reabilitação profissional. (BRASIL, 2004)

Sobre a lei de numero 8.080/90, a saúde do trabalhador é definida como um arranjo de atividades que se destinam à promoção e proteção de saúde através de ações de vigilância epidemiológica e de vigilância sanitária sendo de importância a recuperação e a reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho. (CARVALHO;SANTOS,2006)

3.2 REDE NACIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DO TRABALHADOR (RENAST)

Regulamentada pela Portaria nº 2.278/GM de 11 de Novembro de 2009. É uma das estratégias para a garantia da atenção integral à saúde dos trabalhadores. Foi desenvolvida de forma engrenada entre o Ministério da Saúde, as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, que visa a garantia da atenção integral à saúde dos trabalhadores. A RENASt é composta por Centros Estaduais e Regionais de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) e por uma rede de 1.000 serviços sentinela de média e alta complexidade que identifica os agravos à saúde quando se tem interação com o trabalho e de registrá-los no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN-NET) (BRASIL, 2004; BRASIL, 2009).

A Rede Sentinela é formada por unidades de saúde (chamadas de unidades sentinela) que identificam, investigam e notificam, quando a confirmação dos casos de doenças, agravos e/ou acidentes relacionados ao trabalho. A monitorização e a análise da situação de saúde dos trabalhadores estarão apoiadas na definição de indicadores específicos, por isso foi criada a Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA) que tem o plano de articular as entidades representativas dos segmentos técnicos e científicos nacionais envolvidos na produção e análise de dados (BRASIL, 2004; BRASIL, 2009).

O SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação), no âmbito do SUS ele é incorporado pelas notificações e investigação de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória Portaria GM/MS Nº 104, DE 25 de janeiro de 2011 seguindo os mesmos propósitos do Comitê Temático Interdisciplinar de Saúde, Seguro e Trabalho da RIPSA. Deverão ser produzidos os critérios para a definição da listagem de agravos de notificação compulsória e investigação obrigatória, em todo o território nacional, com a subsequente edição de portarias e normas técnicas para a vigilância (BRASIL, [2011]).

Na busca da sistematização e melhora na saúde do trabalhador, visando garantir ganhos de eficiência e qualidade mensuráveis através da ampliação de acesso, equidade, integralidade e humanização dos serviços, nasce à importância de um Sistema Nacional de Informação em Saúde articulado, que desenvolva informações para a gestão, prática profissional, geração de conhecimento e o controle social (BRASIL, 2004).

Sendo assim a PNSST esta sendo criado com uma nova visão, e em sintonia com sistema de informação, dos quais se destaca alguns pontos de maior interesse para a política é Registro Eletrônico de Saúde, (sistema de identificação unívoca de usuários, profissionais e estabelecimentos de saúde, processo de integração dos sistemas de informação de saúde). Cartão Nacional de Saúde, que identifica usuários e profissionais, mecanismos de compartilhamento de informações de interesse para a saúde, colaborações intersetoriais, entre as esferas de governo e entre instituições nacionais e internacionais (BRASIL, 2004).

Quando se fala em educação permanente em saúde do trabalhador deve seguir os mesmos princípios adotados pelo SUS, contemplando as diversidades e especificidades regionais, incorporar todas as diretrizes do trabalho cooperativo, interdisciplinar e em equipe multidisciplinar, experiências acumuladas pelos estados e municípios nessa área. Tem de compreender os profissionais vinculados ao SUS, não fazendo diferença entre a especialidade e o nível de atuação, seja atenção básica ou especializada, também será contemplado por agentes de saúde e comunitário, saúde da mulher, saúde mental, vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, entre outras. (BRASIL, 2004)

Outra importância, é que serão contempladas também por distinção de prioridades outras empresas públicas e privadas, como na área empresarial, ONG's, sindicais, patronais e de trabalhadores que atuam na área de modo interativo com o SUS. Vale salientar que se devem dar maiores importâncias aos programas que permitem maior participação dos profissionais da área, objetivando maior e melhor resultado no processo de aprendizagem, bem como do trabalho interdisciplinar e em equipe. Sendo importante estabelecer uma interação com os outros ministérios, como por exemplo, o da

educação possibilitando a articulação do ensino, pesquisa e extensão (BRASIL, 2004).

3.3 CENTROS DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR (CEREST)

Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) é uma unidade regional especializada no atendimento a saúde do trabalhador além de atender focalmente o trabalhador, serve como uma fonte geradora de conhecimento, diferenciando, se aqueles sintomas ou doenças tem relação com o trabalho executado. Busca promover ações para melhorar as condições do trabalhador por meio da prevenção e da vigilância. De acordo com a portaria Portaria GM/MS nº 2.437 de 7 de dezembro de 2005, existe dois tipos de CEREST, os denominados estaduais que a equipe é composta por 5 profissionais de nível médio (sendo 2 auxiliares de enfermagem) e 10 profissionais de nível superior (sendo 2 médicos e 1 enfermeiro) e os regionais que são formados por pelo menos 4 profissionais de nível médio (sendo 2 auxiliares de enfermagem) e 6 profissionais de nível universitário (sendo 2 médicos e 1 enfermeiro) (BRASIL, 2009).

Os dados colhidos indicam se os agravos na saúde do profissional esta realmente associado com as ações que ele executa no seu trabalho, sendo assim é feita as negociações pelos sindicatos e também para a formulação de políticas publicas. Esses agravos que estão contidos na Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho e aos agravos de notificação compulsória citados na Portaria GM/MS nº 777 de 28 de abril de 2004 cabe ao CEREST capacitar a rede de serviços de saúde, apóia as investigações de maior complexidade, assessorar a realização de convênios de cooperação técnica, subsidiar a formulação de políticas públicas e também apoiar a estruturação de media e alta complexidade que esta indicado na lista garantida por lei. No entanto atendimento emergencial, exames adimensionais e dimensionais não são atribuições do CEREST (BRASIL, 2009).

3.4 ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) E A SAÚDE DO TRABALHADOR

O Programa Saúde da Família que deu origem a atual estratégica saúde da família (ESF), teve sua essência com origem nos EUA em 1996, quando alguns comitês formados pela American Medical Association elaboraram documentos para uma política de caráter federal e estadual que garantisse o financiamento de médicos de família em cursos de pós-graduação. (FORTINELE JÚNIOR, 2008)

Já no Brasil a atual ESF foi iniciada em meados de junho de 1991, juntamente com a introdução do Programa de Agentes Comunitário de saúde (PACS). As primeiras equipes de Saúde da Família foram formadas em janeiro de 1994 e aumentando também a atuação dos agentes comunitários, em 2007, a ESF atingiu mais de 90% dos municípios brasileiros e cobria cerca de 87 milhões de habitantes (46%), com 27 mil equipes instaladas. Tal expansão se tornou fundamental à garantia do acesso a partir da atenção básica, assumindo assim a função de porta de entrada do SUS (FORTINELE JÚNIOR, 2008; AZEVEDO; COSTA, 2010).

A ESF pode ser definida como um método de orientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a atuação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde (UBS). Cada equipe é responsável pelo um numero definido de família, localizadas em uma área geográfica delimitada, as suas atuações estão relacionada à promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais freqüentes, e na manutenção da saúde desta comunidade (BRASIL, 2011).

Um ponto importante dentro do programa da saúde da família e o agente comunitário de saúde que serve como um elo entre as famílias e as unidades básicas de saúde. Essa interação facilita na busca de implementar dentro do programa as diretrizes almeçadas pelo sistema único de saúde (SUS). As diretrizes são: universalidade e igualdade de acesso no programa, integralidade resolvendo assim os problemas mais simples aos mais

complexos, e equidade mais sempre estabelecendo uma relação de prioridade (OHARA; SAITO, 2008).

A pesar da ESF está bem definido como política e as atribuições dos profissionais que o executam esta bem delimitada, tais trabalhadores sofrem diariamente com riscos ocupacionais e por um processo de desregulamentação do trabalho e de precarização contratual. A atenção primária de saúde (APS) apresenta um exemplo de contradição entre o que está estabelecido e o que ocorre na prática. Devido à grande parte dos políticos pensarem apenas nas suas repercussões e na parte financeira que a descentralização proporciona, pois passam a contratar profissionais com conhecimentos técnicos primitivos para atuarem em condições de trabalho desfavoráveis (NETO, 2010)

As unidades de saúde da família estão inseridas no primeiro nível de ações e assistência da atenção básica, e um marco importante e a territorialização e o cadastramento da clientela. No entanto devido os profissionais não serem concursados associado à inexistência de pisos salariais e a não seguridades de direitos e garantias trabalhistas tem levado a não fixação do trabalhador de saúde no programa (FORTINELE JÚNIOR, 2008; NETO, 2010).

3.5 RISCOS OCUPACIONAIS E OS PROFISSIONAIS DA SAÚDE DA FAMÍLIA

Riscos ocupacionais podem ser definidos como os riscos que cada profissão incide sobre os trabalhadores que executam suas ações. Sendo assim podemos dizer que o ambiente influencia diretamente na saúde do trabalhador, pois o mesmo deve seguir os seguintes aspectos os diferentes tipos, fatores que o condicionam, alterações desses fatores e suas causas, técnica para exploração dessas alterações, medidas que devem ser adotadas para evitar a agressão do ambiente sobre o indivíduo (MAURO et al, 2004).

Quando se fala em saúde do trabalhador deve-se ressaltar que a vida humana consiste basicamente em manter um equilíbrio entre os componentes

biológicos, psíquicos da personalidade e outros fatores sócias e ambientais que quando estão em equilíbrio, o individuo conserva o seu estado de saúde e a sua sensação de bem estar. Sendo assim as medidas que restringe os riscos ocupacionais em meros equipamentos individuais, não analisa esses problemas como um problema de saúde coletiva mais como uma mera proteção individual (MAURO et al, 2004).

Uma anamnese ocupacional bem norteada e especifica para cada agravante, pode ser valida na identificação de problemas de saúde, no entanto não basta identificar somente a profissão, mais é primordial analisar as descrições das atividades especificas realizadas, ritmo, e dos turnos de trabalho (MERLO; HOEFEL; OLIVEIRA, 2004 p.559).

A saúde ocupacional representou um grande avanço para identificar e classificar os riscos específicos de adoecimento e morte que o trabalhador esta exposto, dessa maneira só tem direito ao beneficio os trabalhadores que conseguisse comprovar que aquela determinada doença tem ligação com as tarefas executadas no seu âmbito de trabalho. (FIGUEIREDO, 2007).

A anamnese ocupacional que é uma forma de avaliar os riscos que os trabalhadores estão inseridos especificamente dentro do seu universo de trabalho, destaca-se três pontos importantes: *O perfil ocupacional*, que refere as atividades executadas atuais e passadas; *A exposição ocupacional*, que relata os fatores que podem modificar os efeitos das exposições aos riscos ocupacionais e a suscetibilidade especifica de cada trabalhador para o surgimento de doenças; *A contaminação ambiental*, que refere a exposição que não profissional a substancias que podem ocasionar doenças (MERLO;HOEFEL:OLIVEIRA, 2004).

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa do tipo descritiva exploratória, com abordagem quanti-qualitativa.

Na pesquisa descritiva, os fatos são analisados, registrados, classificados e interpretados, não devendo, porém, o pesquisador alterar. Não deve haver a modificação dos fatos (ANDRADE, 2005; MARCONI; LAKATOS, 2007).

A pesquisa exploratória que, segundo Triviños (2007) permite ao investigador treinar sua experiência em torno de determinado problema.

Enquanto que a pesquisa quantitativa, as teorias são usadas dedutivamente como base para a geração de explicações que são, então, testadas empiricamente. Isto é, com base em uma teoria prévia ou em corpo de evidências, o pesquisador faz previsões explicativas específicas que, se sustentadas pelos dados, adicionam maior credibilidade à teoria (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004; LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

De acordo Minayo (2010), a pesquisa qualitativa é aquela que responde a questões muito particulares, e que, nas Ciências Sociais se ocupa com um nível de realidade que não podem ou não deveriam ser quantificados. Isto é, trabalha com o universo dos significados, dos motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes. Desta forma o objeto de pesquisa qualitativa dificilmente pode ser traduzido em números e indicadores quantitativos.

4.2 LOCAL DA PESQUISA

A presente pesquisa foi realizada em 04 Unidades de Saúde da Família (USF) na cidade de Mossoró-RN. As Unidades de Saúde da Família

que fizeram parte da pesquisa foram: Francisco Pereira de Azevedo, localizada na Avenida Pedro Paraguai, s/n (Liberdade I); Dulcécio Antonio de Medeiros localizada na rua Poeta João Liberalino, s/n (Teimosos); DR. Epitácio da Costa Carvalho localizada na Avenida Francisco Mota, s/n (Pintos); Vereador Lahyre Rosado localizado na rua João Neponuceno de Moura s/n (Sumaré); As estruturas básicas das quatro unidades são compostas por: Estrutura física com: SAME, sala de preparo, de Vacina, de procedimentos, da gerência, de convivência (copa), de esterilização, de arquivos, lavanderia, almoxarifado e expurgo, consultório médico, de enfermagem, Odontológico, e serviço social, Banheiros, e auditório. A Equipe da Saúde Família (ESF) é composta por um enfermeiro, um médico, um técnico de enfermagem, um dentista, seis agentes comunitários de saúde..

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população foi composta por todos os profissionais de nível superior que atuam na Estratégia Saúde da Família. A amostra foi composta por 08 participantes. Onde os critérios de inclusão foram: ter título de nível superior, que esteja inserido no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde como profissional da estratégia, estar na atuação da ESF há mais de 03 anos e que após a apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A) assim concordarem e assinarem. O estudo deter-se-á com os profissionais enfermeiros, médicos e dentistas que fazem parte da estratégia, sendo assim o lugar onde se encontram os sujeitos do estudo.

4.4 INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados através de um roteiro de entrevista contendo duas partes focalizadas por perguntas fechadas referente à caracterização do

indivíduo e na segunda parte referente às questões norteadoras da pesquisa, com perguntas abertas e fechadas (APÊNDICE B).

Roteiro de entrevista pode ser padronizado ou focalizado. O formulário deve estar sobre uma superfície plana e lisa para manter a atenção do entrevistado e do pesquisador. Na entrevista focalizada a entrevista deve ser orientada por tópicos que serão abordados, o entrevistador pode se alongar para a conversa transcorrer com informalidade mesmo obedecendo ao roteiro (GIL, 2009).

4.5 PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada no mês de setembro, outubro e novembro de 2011 após o projeto passar pela aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da FACENE/FAMENE de João Pessoa - PB, e depois que a coordenação do curso de Enfermagem da FACENE ter enviado o ofício a gerência da executiva da saúde, responsável pelas Unidades de Saúde escolhidas para a pesquisa. Para viabilizar a apreensão dos dados coletados foi utilizada a técnica de entrevista direta com os profissionais entrevistados, a entrevista foi gravada em áudio MP4 e transcrita posteriormente os participantes foram informados quanto aos objetivos da pesquisa, cujo sigilo das informações foi garantido e na oportunidade, foi solicitado à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APENDICE A).

4.6 ESTRATÉGIA PARA A ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados foi realizada de duas maneiras: a primeira parte da entrevista é referente à caracterização dos indivíduos, foi analisada de forma quantitativa apresentada através de gráficos e/ou tabelas e discutidos à luz da literatura pertinente; a segunda parte da entrevista foi analisada com

enfoque do método qualitativo, através da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC).

O discurso do sujeito coletivo consiste em uma modalidade de análise de discursos obtidos em depoimentos verbais ou obtidos em qualquer manifestação discursiva que se possa encontrar em textos e documentos escritos. É muito importante em um discurso verbal a liberdade de falar, pensar livre e argumentar dos depoentes, para aplicação na coleta dos discursos, sob pena de se dificultar a captura do que é a fala coletiva (SALES; SOUSA; JOHN, 2007).

Metodologicamente a conquista do conhecimento simbólico e com controle social, esta relacionado com interação social permanente, portando a leitura, educação e comunicação não são considerados como fatores sociais originais, mais um meio voltado a facilitar a oferta de recursos e entendimento para a sociedade sobre a criação, uso e transformação do conhecimento (SALES; SOUSA; JOHN, 2007) (LEFÈVRE, 2005)

Segundo Lefèvre ; Lefèvre (2005), a organização dessa estrutura deve ser aparte de figuras metodológicas designadas como: ancoragem; idéia central; expressões-chave e o discurso do sujeito coletivo, propriamente dito. A definição para essas figuras ou etapas para esse processo de análise dão a noção de um procedimento de preocupação com os significados que surgem no conjunto das falas, as quais exibem um pensamento coletivo ou a representação do grupo sobre dado tema ou questão (SALES; SOUSA; JOHN, 2007).

A análise dos dados na abordagem qualitativa foi com o uso do Discurso do Sujeito Coletivo e abordará as seguintes etapas: Leitura sucessiva, seleção das expressões – chave, análise prévia para relevância da essência e decomposição das respostas para uma idéia central, em um discurso síntese garantindo a qualidade do depoimento do participante e uma representação social (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005). Posteriormente a discussão de todo o material foi realizada conforme a literatura pertinente ao tema.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

Nesta pesquisa foram obedecidos os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, preconizados pela Resolução CNS 196/96, do Conselho Nacional de Saúde que trata do envolvimento direto ou indireto com seres humanos em pesquisa (BRASIL, 1996). Bem como, a Resolução COFEN 311/2007, que reformula o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, incluindo princípios, direitos, responsabilidades, deveres e proibições pertinentes à conduta ética, necessidade e o direito de assistência em enfermagem da população, os interesses do profissional e de sua organização (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2007).

Em obediência a estas Resoluções, foram assegurados aos participantes da pesquisa informações no que diz respeito aos objetivos, a liberdade de cada indivíduo em participar, assim como também o direito de desistir da participação em qualquer fase da pesquisa, sem algum prejuízo, o direito ao anonimato, a confidencialidade e a privacidade. Atentando ainda para o sigilo profissional.

4.8 FINANCIAMENTO

Todas as despesas decorrentes da viabilização desta pesquisa foram de responsabilidades do pesquisador participante. A Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró - FACENE/RN se responsabilizou em disponibilizar referências contidas em sua biblioteca, computadores e conectivos, bem como orientador e banca examinadora.

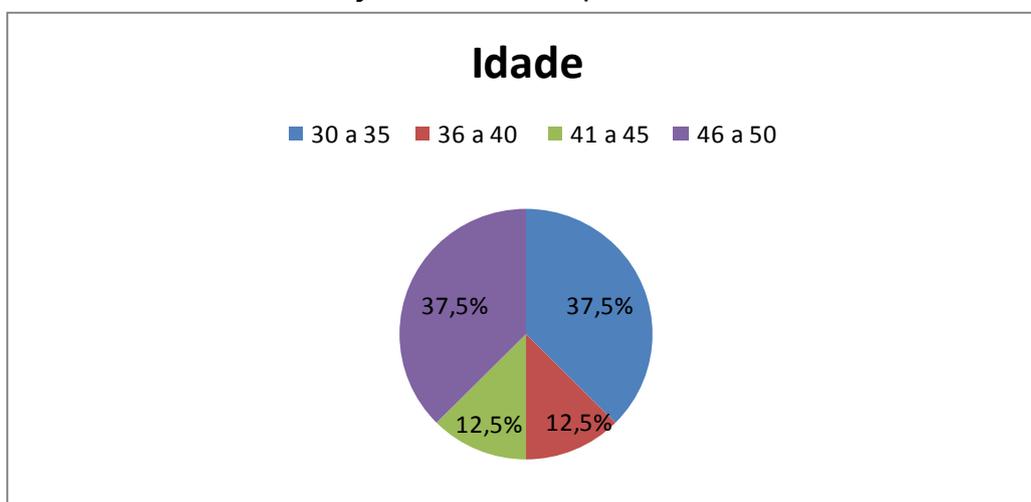
5 RESULTADOS E ANÁLISE DOS DADOS

Após a coleta de dados foram analisados 08 instrumentos, dada a impossibilidade constatada durante a coleta de aplicar as 12 entrevistas, uma vez que, 04 não participaram da pesquisa devido a recusa ou estavam de férias durante o período de coleta de dados. Desta feita, a amostra tomada no presente estudo passou a ser de 08 pesquisados.

5.1 ANÁLISE QUANTITATIVA

Apresentaremos a caracterização dos entrevistados, segundo a idade, formação, atuação, se conhece a PNST e como conheceu.

Gráfico 1- Caracterização da amostra pautada à idade



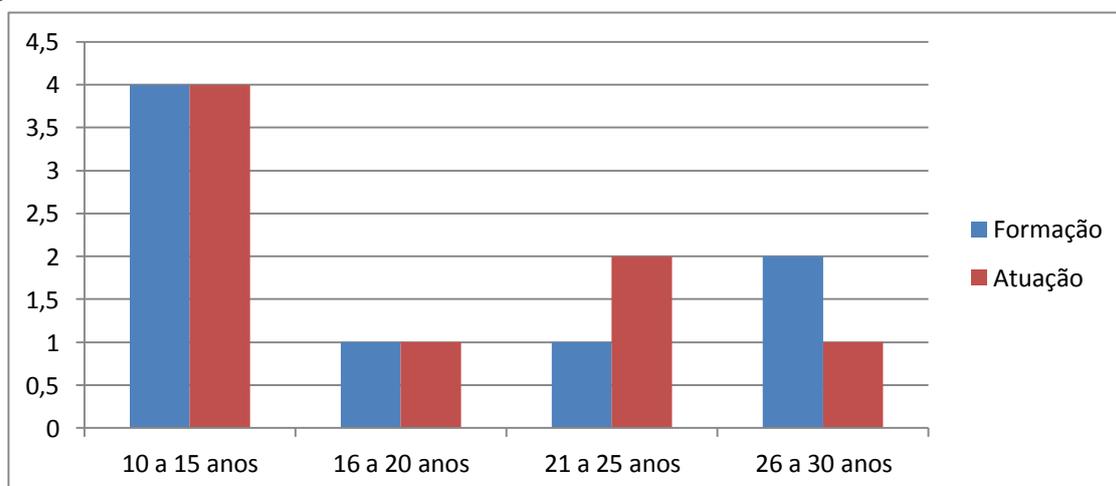
Fonte: Pesquisa de Campo, FACENE/RN 2011.

No gráfico1 constatou-se o seguinte perfil: quanto à idade dos profissionais entre 30 a 35 anos, corresponde a 37,5% dos entrevistados,

entre 36 a 40 equivale a 12,5%, 41 a 45 corresponde a 12,5 % e 46 a 50 equivale a 37,5 %. Isso demonstra que todos estão em idade produtiva.

Sendo análise da idade bastante relevante, pois apesar da variação de idades encontradas, todos exercem suas tarefas e todos estão submetidos aos mesmos agravos ocupacionais.

Gráfico 2 – Caracterização da amostra, pautada tempo de formação e atuação profissional.

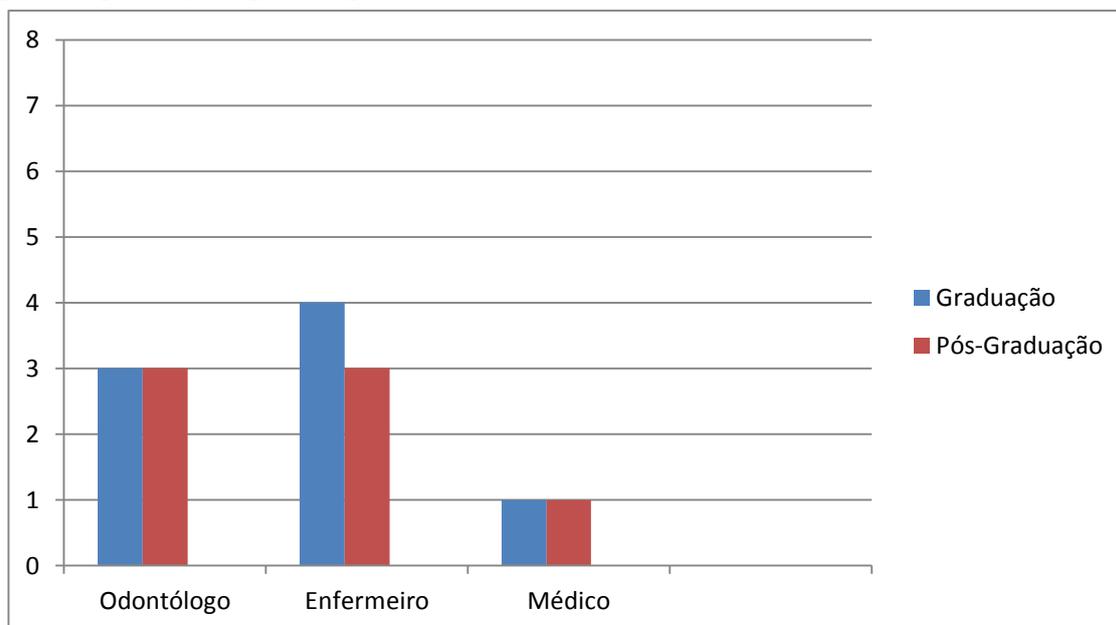


Fonte: Pesquisa de Campo, FACENE/RN 2011.

O gráfico acima mostra que dos 4 entrevistados na faixa entre 10 a 15 anos o tempo de formação e atuação coincidiram, assim como 1 entrevistado que esta na faixa entre 16 a 20 anos,o gráfico tem a mesma característica. Entre 21 a 25 anos que forma 2 entrevistado e entre 26 a 30 anos que foram também 2 entrevistado, ocorreu um desnivelamento entre esses períodos.

Observou-se que os profissionais com mais de 20 anos de formação não entravam no mercado de trabalho logo o término da faculdade. Isso pode ser explicado quando se leva em consideração a quantidade de emprego que surgiu na área da saúde com implementação em 1994, do antigo Programa saúde da família (PSF), hoje denominado estratégia saúde da família (ESF).

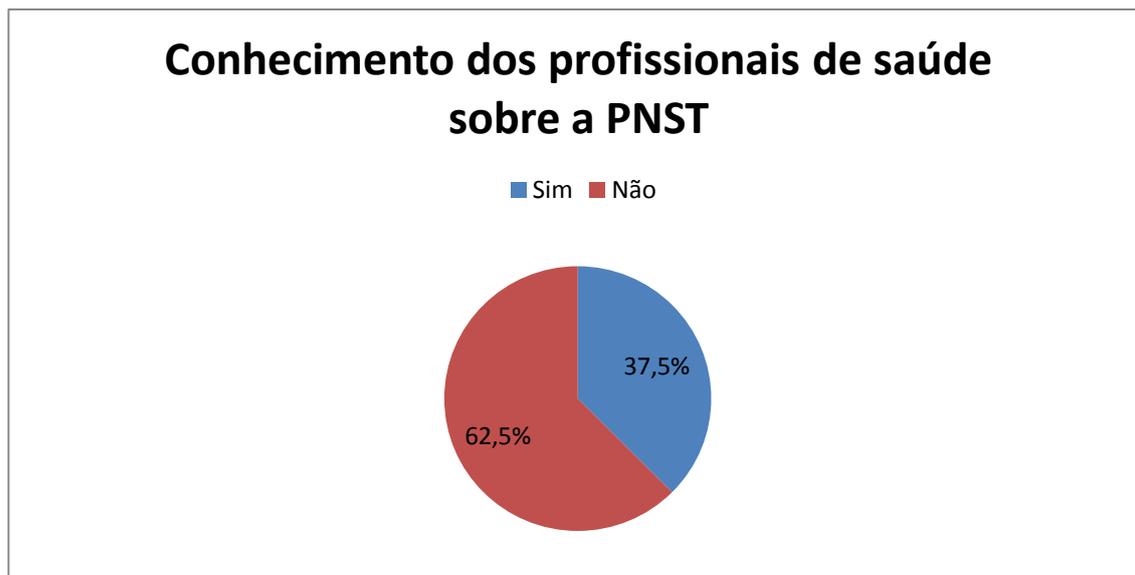
Gráfico 3: Caracterização profissional dos entrevistados relacionando a graduação e pós graduação.



Fonte: Pesquisa de Campo, FACENE/RN 2011.

Constatou-se que os 03 odontólogos entrevistados são pós-graduados, em quanto 3 enfermeiros dos 4 entrevistado são pós-graduação e o único medico entrevistado também é pós-graduado. Mostrando a importância da busca do conhecimento para um melhor atendimento no seu âmbito de trabalho. Uma vez que o retorno do investimento, a formação e o crescimento pessoal contribuem para a melhoria dos processos de trabalho

Gráfico 4: Referente ao conhecimento dos profissionais que atua na estratégia saúde da família sobre a política nacional de saúde do trabalho.



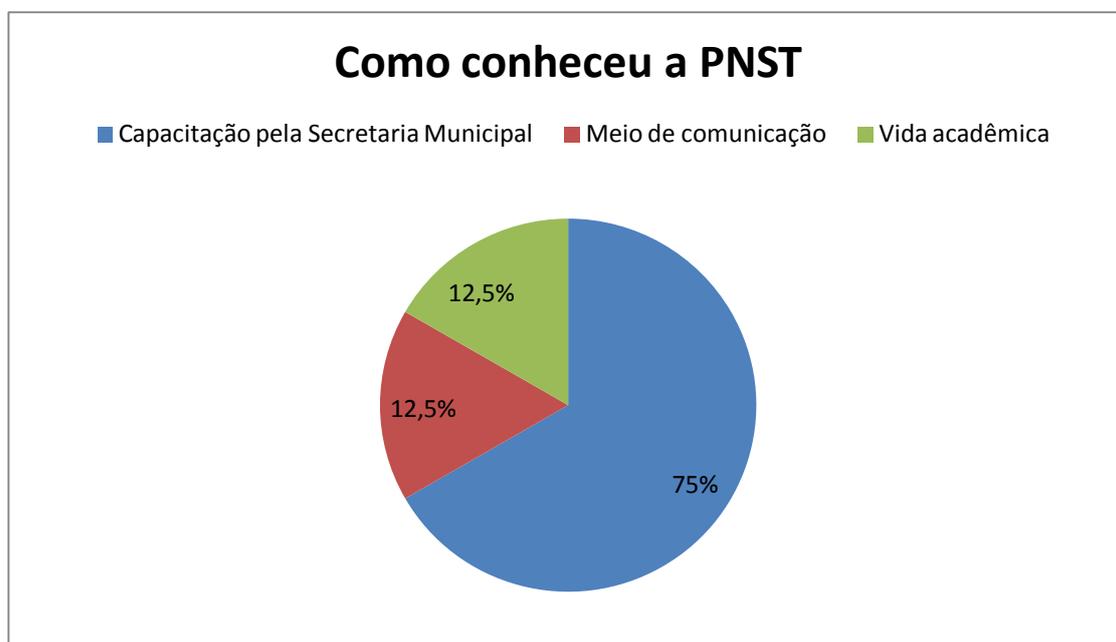
Fonte: Pesquisa de Campo, FACENE/RN 2011

Verificou-se que 62,5% dos profissionais entrevistados conhecem a política nacional de saúde do trabalhador (PNST) e 37,5% não conheciam a política, esses números são bastante relevantes, pois a saúde do trabalhador está incorporada a um conceito ampliado de saúde desde a Constituição Federal de 1988 e ainda hoje existem profissionais de saúde que não conhece a política

Eventos importantes como em 1991, onde o ministério da saúde (MS) apresentou a primeira proposta de um plano de trabalho em saúde do trabalhador, a 2ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador em 1994, que foi um marco importante frente ao Ministério da Saúde para o desenvolvimento técnico e político serviu para incorporar de vez a PNST no SUS (DIAS; HOEFEL, 2005).

É preciso que a PNST ocupe os espaços onde exista fragmentação pelas ações do estado, e os trabalhadores da saúde que atuam na atenção básica, tem um papel importante nessa construção, para que sejam alcançados os princípios da PNSST, haja vista que os estão articulados com os norteadores do SUS como: universalidade, prevenção, precedência das ações de promoção, proteção e prevenção sobre as de assistência, reabilitação e reparação, diálogo social e integralidade (Brasil, 2010).

GRÁFICO 5: – Caracterização dos profissionais que atuam na ESF, dos que conhecem a política, conheceram a PNST através de que?



Fonte: Pesquisa de Campo, FACENE/RN2011

A análise do gráfico 5, foi feita a partir dos entrevistados que conheciam a PNST, onde esse conhecimento se deu a partir de capacitações da Secretaria Municipal de Saúde de Mossoró (SMS) com maior frequência, outros menos frequentes responderam que conheceram durante a vida acadêmica e por veículo de comunicação.

É importante salientar que a PNST deveria ser de conhecimento profissional desde a sua vida acadêmica, logo 87,5% conheceram a política depois da graduação

Cabe ao CEREST capacitar a rede de serviços de saúde, subsidiar a formulação de políticas públicas, Realiza promoção e proteção dos trabalhadores, investiga as condições do ambiente laboral, capacitação profissional e prover subsídios para o fortalecimento do controle social na região e nos municípios do seu território de abrangência entre outras (BRASIL, [2009]).

A secretaria dos municípios tem que fiscalizar a execução dos programas de saúde dentro dos seus limites e o SUS tem um papel fundamental na garantia da execução da PNST, sendo necessário que a rede de serviços públicos de saúde se estruture e qualifique para atender às demandas de Saúde do Trabalhador de forma integral (BRASIL, 2006)

5.2 ANÁLISE QUALITATIVA

Referente à análise qualitativa, utilizamos a Técnica do Discurso do Sujeito Coletivo, a qual se trata de uma forma de organização do material advindo do trabalho de campo, no trabalho em questão, das falas oriundas das entrevistas realizadas com os profissionais de saúde (ANDRADE; DUARTE; MAMEDE, 2009).

Desta forma, iniciaremos a discussão com a primeira questão referente ao conhecimento dos profissionais que atuam na estratégia saúde da família sobre a política nacional de saúde do trabalho. Analisaremos se existe riscos laborais no âmbito de trabalho, a sua inserção dentro da PNST, a sua execução no seu âmbito de trabalho e qual a importância da política nacional de saúde do trabalhador.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Indubitavelmente, a PNST, apesar dos avanços que obteve desde a sua origem pela Lei Eloy Chaves até a sua incorporação ao ministério da saúde através da Constituição Federal de 1988 quando passou a fazer parte da política do SUS, ainda se encontra desarticulada. Isso reflete na falta de conhecimento dos profissionais de saúde que atuam na Estratégia Saúde da Família (ESF) que deveriam também executá-la.

A PNST propõe a precedência das ações de prevenção sobre as de reparação, seja por meio de mecanismo que eliminem as políticas de monetarização de riscos, seja pela criação de linhas de financiamento subsidiado para investimento na proteção do ambiente de trabalho ou pela inclusão de requisitos de segurança e saúde no trabalho na outorga de financiamentos públicos e privados, bem como nas licitações públicas, além de outras medidas

Apesar da constante busca de melhores condições de trabalho ao longo período da história, ainda hoje existe profissionais de saúde que não conhece a PNST, sendo um fato bastante preocupante, pois, esses profissionais deveriam executar as diretrizes asseguradas pelo SUS no seu ambiente de trabalho.

Vale lembrar que esses profissionais, sendo eles da atenção básicas tem deveres com PNST, pois têm que identificar o que é uma doença ocupacional ou não, promover treinamentos dentro da sua equipe, onde a saúde do trabalhador tem que esta inclusa.

Em virtude dos fatos abordados nessa pesquisa podemos ultimar que todos os objetivos foram alcançados, pois a partir das análises dos dados observou-se que os profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família (ESF) não conhecem a PNSST, visto que os entrevistados fugiam do tema, não conseguiam definir riscos ocupacionais e expressar a importância da política no seu ambiente de trabalho.

Isso nos faz entender a importância que se tem a implementação da saúde do trabalhador com mais ênfase nas aulas de saúde coletiva, pois dada

a importância social que tem o tema, foi visto que existe uma lacuna a ser preenchida, pois a maioria dos entrevistados indagou que não discutiram a PNST na sua vida acadêmica.

No momento da coleta foi observado que apesar de ser visto pelo pesquisador uma grande variação de riscos ocupacionais, os entrevistados não sabiam que estavam submetidos a tais riscos, remetendo a idéia que esses profissionais não conhecem os riscos que afetam a saúde do trabalhador.

Podemos considerar que a criação da PNST não foi pautada de objetivos claros e delimitados, e vem sofrendo diversas modificações necessárias para atingir os seus objetivos. A desfragmentação da PNST vem sendo um assunto muito discutido ultimamente para que a sua execução atinja os seus fins.

Portanto, para que se tenha uma melhora na execução da PNST é importante que os profissionais de saúde envolvidos conheçam a política como um todo, e não fragmentada, por isso é importante a capacitação desses profissionais para eles programarem a política no seu ambiente de trabalho.

Desse modo, a atenção à saúde tem que ser associada à preservação do meio ambiente, e os profissionais que atuam na ESF são muito importantes nessa interação, visto que as UBS são a porta de entrada para os serviços de saúde, e esses profissionais estando mais próximos da população podem elaborar programas preventivos e de educação continuada sobre a saúde e segurança do trabalhador.

Enfim, devemos salientar a importância de cuidar de quem cuida, e o primeiro passo para garantirmos segurança e saúde a esses profissionais de saúde, é o conhecimento dos riscos que eles estão submetidos. Assim como explicar melhor a PNST, pois com a implementação da política de saúde e segurança do trabalho (PNSST) novos horizontes devem ser alcançados, pois a PNSST deve conter dentro da atenção básica como é feito com outros programas de grande importância como saúde do idoso, saúde da criança, HIPERDIA e outros.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, M. M. **Introdução a metodologia do trabalho científico**. 7. Ed. São Paulo: Atlas S.A, 2005.

ANDRADE, S. M. O. de; DUARTE JUNIOR, S.; MAMEDE, Marli Villela. Opções Teórico-Methodológicas em Pesquisas Qualitativas: Representações Sociais e Discurso do Sujeito Coletivo. **Saúde Soc. São Paulo**, v.18, n.4, p.620-626. 2009.

ARAÚJO, W.T. **Manual de Segurança do Trabalhador**. São Paulo: Difusão Cultural do Livro, 2010.

AZAMBUJA, E.P.; KERBER, N.C.; KIRCHHOL, A.L. A saúde do Trabalhador na Concepção de Acadêmicos de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, v.41, n.3, p.355-62, 2007.

AZEVEDO, A.L.M; COSTA, A.M. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia de Saúde da Família. **Interface, comunic. Saúde, educ., v., n, local, mês**, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde (CNS). Resolução 196, de 10 de outubro de 1996. **Aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília: Ministério da Saúde, 1996. Disponível em: <<http://www.pppg.ufma.br/departamentos/comitedeetica/resolucao196.pdf>>. Acesso em: 18 set. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde . **Política Nacional de Saúde do (a) Trabalhador (a)**: Proposta para Consulta Pública. Brasília: MS, 2004. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/proposta_pnst_st_2009.pdf> Acesso em: 7abr. 2011

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Gestão e Gerenciamento: Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador**. 6.ed. Brasília: MS, 2006. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/ManualRenast07.pdf>> Acesso em: 20 set. 2011.

BRASIL.Ministério da Saúde. **Seguridade Social e o Financiamento do SUS no Brasil.** Brasília:MS, 2007. Disponível em: <
http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/segur_social_financ_sus.pdf >
 Acesso em: 20 set. 2011

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família:** programa saúde da família. Brasília: MS,[2008].Disponível em: <
http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=149.> Acesso em: 10 abr.2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde do Trabalhador.** Brasília: MS, [2010].Disponível em:<
http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=30426&janela=1> Acesso em: 3 abr. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde do Trabalhador:** Centro de Referência em Saúde do Trabalhador. Brasília: MS, 2009.Disponível em:<
http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=30427&janela=1>Acesso em: 3 abr. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde do Trabalhador** :Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Brasília: MS, 2011.Disponível em<
http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=21383>
 Acesso em: 10 abr. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A Seguridade Social e o Financiamento do SUS no Brasil.** Brasília: MS, 2006.Disponível em:<
http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/jornada_agosto_elias-ana.pdf >
 Acesso em: 10 abr. 2011

BRASIL. Decreto N° 4.682 de 24 de Janeiro de 1923. **Diário Oficial da União.** Rio de Janeiro, 1924. Disponível em: <
<http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/23/1923/4682.htm>> Acesso em: 26 jan. 2001.

CARVALHO,I.C;SAN TOS,L. **SUS:** Sistema Único de Saúde, Comentários à lei Orgânica da Saúde Leis n° 8.080/90 e n° 8.142/90. 6.ed. Campinas/SP:Unicamp, 2006

COHN,A;ELIAS,P.E. **Saúde no Brasil:** Políticas e Organização de Serviços. 6.ed.São Paulo:Cortez,2005

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução 311/07 do Conselho Federal de Enfermagem. **Dispõe sobre o código de ética do profissional de Enfermagem.** Disponível em: <<http://site.portalcofen.gov.br/node/4394>>. Acesso em: 28 set. 2010.

DIAS, E.C; HOEFEL, M.G. **O desafio de Implementar as ações de Saúde do Trabalhador no SUS:** a estratégia da RENAST.Rio de Janeiro:Fiocruz, 2005

FIGUEIREDO,N.M.A. **Ensinando a Cuidar em Saúde Pública.** São Caetano do sul/SP: Yendis, 2007.

FONTINELE,J.K. **Programa saúde da Família (PSF):** Comentando. Goiânia: AB, 2008.

GIL, A.C. **Métodos de Técnicas de Pesquisa social.** 6.ed. São Paulo: Atlas, 2009.

HAAG, G.S;LOPES, M.J.M.;SCHUCK,J.S. **A enfermagem e a saúde dos trabalhadores.** 2.ed. Goiânia: AB. 2001.

JOHN.V.M;SUSA.F.C;SALES. F. **o Emprego da Abordagem DSC (Discurso do Sujeito Coletivo) na Pesquisa em Educação.** v. 8, n. 1. Florianópolis: LINHAS. jan. / jun. 2007

LEFÈVRE, F; LEFÈVRE, A.M.C. **O discurso do sujeito Coletivo:** Um Enfoque em Pesquisa Qualitativa, 2. ed. Caxias do Sul:EDUCS. 2005.

LOBIONDO-HOOD, G; HABER, J. **Pesquisa em Enfermagem:** Métodos, Avaliação Crítica e Utilização. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

MARCONI, M. A; LAKATOS, E.M. **Técnicas de Pesquisa:** planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

MAURO,M.Y.C et al. Riscos Ocupacionais em Saúde. **R Enferm UERJ**, v.12,p. 338-45,2004. Disponível em : <<http://www.facenf.uerj.br/v12n3/v12n3a14.pdf>> Acesso em: 15 abr. 2011

MENDES, R.;DIAS, E.C. Da Medicina do Trabalho a Saúde do Trabalhador. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.25,n.5,p.341-349,1991.

MERLO,A.R.C.;HOEFEL,M.G.L.;OLIVEIRA,P.A.B.Saúde do trabalhador.In:DUNCAN, B. B.; SCHIMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. **Medicina Ambulatorial: Conduas de Atenção Primária Baseadas em evidencias**.3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

MINAYO, M.C.S. O Desafio da Pesquisa social. In: MINAYO, M.C. de S; DESLANDES, S. F.; GOMES, R.. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 29. ed. Petrópolis: Vozes, 2010. p. 9-29.

NETO,F.R.G.X. Política Econômica dos anos 1990 e suas Influências na Precarização dos Trabalhadores da atenção Primária à saúde na contemporaneidade. **Saúde coletiva** , v.7,n.41,p.152-156, 2010.

OHARA,E.C.C; SAITO,R.X.S. **Saúde da Família: Considerações Teóricas e Aplicabilidade**. São Paulo: Martinari,2008.

PEREIRA, A.L et al.Programas de Atenção a Saúde. In:FIGUEIREDO, N.M.A.(Org.).**Ensinando a cuidar em saúde Publica**.São Caetano do Sul: Yendis, 2007.

POLIT, D.F; BECK,C.T; HUNGLER,B.P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação e Utilização**. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

REIS, R.S. **Segurança e Medicina do Trabalho: Normas Regulamentadoras**. 2.ed. São Caetano do Sul: Yendis, 2007.

SAITO, R.X.S. **Integralidade da Atenção: Organização do Trabalho no Programa Saúde da Família na Perspectiva Sujeito-Sujeito**. São Paulo: Martinari, 2008

RIBEIRO, M.C.S.R.(org.). **Enfermagem e Trabalho: Fundamentos para à Saúde dos Trabalhadores**. São Paulo:Martinari,2008.

SARQUIS,L.M.M; et al. Uma Reflexão Sobre a Saúde do Trabalhador de Enfermagem e os Avanços da Legislação Trabalhista. **Rev. Bras.**

Enfermag. São Paulo, 2004. Disponível em :
<<http://www.opas.org.br/gentequefazsaude/bvsde/bvsacd/cd49/1409.pdf>>
Acesso em: 05 abr 2011

SILVA, E.R. **Riscos Ocupacionais Submetidos aos Profissionais de Enfermagem no Centro Cirúrgico:** aspectos ergonômicos. 60f. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró, Mossoró, 2010.

SZEKIR, D.P.M. APS 2003-2010: Superação e Batalhas Diárias.
Revista Brasileira Saúde da Família. Brasília, DF, [2008]. Disponível em:
<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/rev27_materiacapa.pdf> Acesso em: 26 abr. 2011

TRIVIÑOS, A. N.S. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais:** a pesquisa qualitativa em educação, o positivismo, a fenomenologia, o marxismo. São Paulo: Atlas, 2007. Disponível em: <
<http://www.scielo.org/pdf/rsp/v25n5/03.pdf> > Acesso em: 26 abr. 2011

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo e Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esta pesquisa é intitulada como a “Política Nacional de Saúde do Trabalhador: conhecimento de profissionais da saúde da Estratégia Saúde da Família no Município de Mossoró-RN.”. Foi desenvolvida Por Elson Fabio albino do vale, pesquisador participante e discente do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE-RN, tendo como pesquisadora responsável a Prof^a. Verusa Fernandes Duarte. A pesquisa apresenta os seguintes objetivos, geral: Caracterizar a situação profissional dos entrevistados; Identificar na opinião dos profissionais entrevistados os riscos laborais no seu ambiente de trabalho; Verificar na opinião dos profissionais entrevistados a inserção da PNST no seu ambiente de trabalho.

Analisar na opinião dos profissionais Diante de inquietações surgidas a partir do estágio da disciplina de Enfermagem em Saúde coletiva, na atenção primária, o qual me proporcionou vivenciar a teoria x prática, e me deparar com os riscos que a equipe de saúde esta suscetível devido às condições desvairáveis. Acredito que a existência desta pesquisa é de grande relevância devido à escassez de literatura sobre a temática; como também contribuir para a academia e também para a enfermagem na abordagem ao nível de conhecimento dos sobre a PNST.

Solicitamos sua contribuição neste trabalho e informamos que será garantido seu anonimato, bem como assegurada sua privacidade e o direito de autonomia referente à liberdade de participar ou não da pesquisa, bem como o direito de desistir da mesma e que não será efetuada nenhuma forma de gratificação mediante sua participação. Informamos que o referido estudo não apresenta nenhum risco aparente, aos participantes.

Ressaltamos que os dados serão coletados através de uma entrevista gravada, o senhor(a) responderá a algumas perguntas relacionadas ao projeto. Os mesmos farão parte de um trabalho de conclusão de curso, podendo ser divulgado em eventos científicos, periódicos e outros tantos em

nível nacional ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, os nomes dos entrevistados serão mantidos em sigilo.

A sua participação na pesquisa é voluntária e, portanto, o senhor não é obrigado a responder ou fornecer as informações solicitadas pelos pesquisadores. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano.

Em caso de esclarecimentos, entrar em contato com o pesquisador participante Elson Fabio Albino do Vale, pelo Telefone (84) 88237804, assim como com a pesquisadora responsável, Verusa Fernandes Duarte pelo telefone 9991-0271, 8723-3188 e do Comitê de Ética em Pesquisa: Avenida Frei Galvão, nº. 12, Gramame CEP: 58067-695 - João Pessoa - Paraíba – Brasil. Contatos: email<cep@facene.com.br> Fone: (83)2106-4792 / 2106-4790.

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIMENTO

Eu, _____,
concordo em participar desta pesquisa, declarando que cedo os direitos do material coletado, que fui devidamente esclarecido, estando ciente dos objetivos e da justificativa da pesquisa, com a liberdade de retirar o consentimento sem que isso me traga qualquer prejuízo. Estou ciente que receberei uma cópia deste documento, assinada por mim e pelos pesquisadores.

Mossoró-RN, ____ de _____ de 2011.

Profª Esp. Verusa Fernandes Duarte
Pesquisadora Responsável

Elson Fabio Albino do Vale
Pesquisador Participante

Assinatura do Entrevistado/ Testemunha

APÊNDICE B – Instrumento de Coleta de Dados - Formulário

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS – ROTEIRO DE ENTREVISTA**PARTE I:** Caracterização da amostra.

Idade: _____

Graduação: _____

Tempo de Formação: _____

Tempo de Atuação: _____

Pós-Graduação: _____

PARTE II: Relacionado à temática, Conhecimento de Profissionais da saúde sobre a Política Nacional de saúde do Trabalhador (PNST) .

1. Você conhece a política nacional saúde e segurança do trabalhador (PNST)

 SIM NÃO

Se respondeu sim:

 Conheceu através de capacitação da Secretaria municipal de saúde (SMS) Através de meio de comunicação Durante sua vida acadêmica Através de interesse pessoal Outros

2. Existem riscos laborais no seu ambiente de trabalho?

 SIM NÃO

Se responder sim, quais?

3. Como profissional de Saúde: você se senti inserido dentro da PNST?

() SIM () NÃO

De que forma?

4. Você executa a PNST no seu ambiente de trabalho?

() Sim () Não

Se sim, de que forma:

5. Na sua opinião, analise a importância da Política Nacional de Saúde do Trabalhador.



Faculdades de Enfermagem e Medicina Nova Esperança

Autorizado pelo MEC - Portarias nº 1374, de 04.07.2001 e nº 2057, de 09.07.2004, respectivamente. Publicada no DOU de 12.07.2004, pp. 13/14, seção 1.

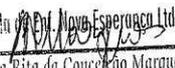


CERTIDÃO

Com base na Resolução CNS 196/96 que regulamenta a ética da pesquisa em Seres Humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Nova Esperança, em sua 7ª Reunião Ordinária realizada em 11 de agosto de 2011 após análise do parecer do relator, resolveu considerar, APROVADO, o projeto de pesquisa intitulado "Política Nacional de Saúde do Trabalhador: conhecimento de profissionais da saúde da Estratégia Saúde da Família no Município de Mossoró-RN", protocolo número: 108/11 e CAAE: 0107.0.351.000-11 da pesquisadora responsável (orientadora): Verusa Fernandes Duarte e do pesquisador participante (aluno): Elson Fábio Albino do Vale.

Esta certidão não tem validade para fins de publicação do trabalho, certidão para este fim será emitida após apresentação do relatório final de conclusão da pesquisa, com previsão em 30/12/2011, nos termos das atribuições conferidas ao CEP pela resolução já citada.

João Pessoa, 16 de setembro de 2011

Secretaria de Ensino Nova Esperança Ltda.

 Rosa Rita da Conceição Marques
 Coordenadora do CEP/FACENE/FAMENE

Rosa Rita da Conceição Marques

Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa - FACENE/FAMENE

Ligia Kelly Barbosa de Sousa Lima