

FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA DE MOSSORÓ
– FACENE/RN

RAYSSA SIBÉRIA DE ALEXANDRIA ARNAUD RIQUE

POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHADOR (PNSST):
conhecimentos dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família (ESF), no município
de Mossoró-RN.

MOSSORÓ
2011

RAYSSA SIBÉRIA DE ALEXANDRIA ARNAUD RIQUE

POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHADOR (PNSST):
conhecimentos dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família (ESF), no município
de Mossoró-RN.

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

ORIENTADOR(A): Prof. Verusa Fernandes Duarte

MOSSORÓ
2011

RAYSSA SIBÉRIA DE ALEXANDRIA ARNAUD RIQUE

POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHADOR (PNSST):
conhecimentos dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família (ESF), no município
de Mossoró-RN.

Monografia apresentada pela aluna Rayssa Sibéria de Alexandria Arnaud Rique, do
Curso de Bacharelado em Enfermagem, tendo obtido o conceito de
_____, conforme a apreciação da Banca Examinadora composta
pelos professores:

Aprovado (a) em: _____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Esp. Verusa Fernandes Duarte – FACENE/RN

Prof. Esp. Lauro Geovane Morais Rodrigues – FACENE/RN

Prof. Esp. Raquel Mirtes Pereira da Silva – FACENE/RN

“Dedico essa monografia, primeiramente a Deus, por ter me dado forças e paciência suficiente para ultrapassar todas as barreiras que estavam no meu caminho; e segundo, a mim, por ter superado todos os desafios encontrados durante todos esses anos e mesmo assim consegui terminar a faculdade. E assim, dedico a todos aqueles que me ajudaram de alguma forma a ter concluído mais uma etapa da minha vida”.

AGRADECIMENTOS

Os meus agradecimentos, início, ao **Pai** que me iluminou e me guiou por todo esse tempo, que me trouxe até aqui, e nas horas mais difíceis nunca me abandonou, e me mostrou que todo obstáculo pode ser superado.

Agradeço também aos **meus pais**, Eva Sibéria Medeiros Arnaud e Marcus de Alexandria Rique, que sempre acreditaram em mim, e se dedicaram, cada um da sua forma, para fazerem o seu melhor e hoje sou a resposta que isso deu certo.

À **minha avó**, Francisca das Chagas Dantas de Medeiros, todo o meu carinho e apreço, à pessoa que mais teve paciência e cautela durante essa minha jornada.

Aos **meus irmãos e irmã**, Marcellus de Alexandria Rique Filho; Marco Antonio Arnaud Rocha; Gabriel Davi Arnaud Rocha e Lorena Gabriela Arnaud Rocha, que por mais pequenos que sejam e que não entendam sua contribuição nessa minha jornada, meu muito obrigada por vocês existirem, vocês contribuíram muito para que eu tomasse a decisão de chegar até aqui.

Não poderei deixar de agradecer, ao **meu namorado**, que é meu companheiro de todas as horas, José Ribeiro da Costa Neto, pela sua companhia durante esses quatro anos, pela sua paciência, incentivos, carinho e sinceridade, que foram muito importantes para a conclusão de mais uma etapa.

Aos **meus familiares** em geral, que não vou citá-los, pois pode ser que deixe de mencionar alguém e isso seria um erro irreparável, então, a todos vocês, que direta ou indiretamente contribuíram para a minha vitória, meu muito obrigado.

À **minha orientadora**, Verusa Fernandes Duarte, que com sua enorme generosidade aceitou ao meu convite, e me ajudou a realizar essa pesquisa. Soube ser uma amiga quando precisei, e uma governanta quando se fez necessário, obrigada por tudo.

À **minha Banca Examinadora**, Raquel Mirtes Pereira da Silva e Lauro Geovane Moraes Rodrigues. Vocês são meus amigos e os levarei por toda a vida, independente dos caminhos que o destino nos reserve.

Aos **meus amigos**, Aécio Bruno Floriano de Souza e Ivo Matias Nunes Filho, pela enorme satisfação de ter os conhecido durante o tempo de faculdade, e que hoje são meus amigos de todo tempo.

Às **minhas amigas**, as que conquistei durante esse período, obrigado por acrescentarem um pouquinho dos princípios de vocês em mim, mas, principalmente a Sâmara Raquel Brilhante do Couto e Luana Pereira de Souza, quero lhes dizer que independente do destino que seguiremos sempre terei vocês em meu coração.

Aos **meus preceptores em campos de estágio**, que cada um à sua maneira soube lidar com meus limites e ensinou-me a superá-los. Meus votos de enorme gratidão e admiração à Simone Érika, Jair, Jaiza, Isanne e Ilnahra Uchoa, levo-os como exemplo para toda a minha vida.

“(...) Se você quiser alguém em que confiar, confie em si mesmo, quem acredita SEMPRE alcança(...) Nunca deixe que lhe digam que não vale apenas acreditar nos sonhos que se tem, ou que seus planos NUNCA vão dar certo, ou que você NUNCA vai ser alguém (...) Quem acredita sempre alcança”.

(RENATO RUSSO – mais uma vez)

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - Caracterização da Amostra quanto à Escolaridade.....	30
GRÁFICO 2 - Caracterização da Amostra quanto à Idade.....	31
GRÁFICO 3 - Caracterização da amostra quanto ao Estado Civil.....	32
GRÁFICO 4 - Caracterização da amostra quanto ao Conhecimento da PNSST.....	33
GRÁFICO 5 - Caracterização da amostra quanto à Aplicação da PNSST na prevenção dos riscos laborais na sua assistência.....	34
GRÁFICO 6 - Existência de vigilância de um órgão competente no que diz respeito à capacitação/formação do enfermeiro na PNSST.....	35

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

PNSST
CEREST
OIT
OMS
HIPERDIA
APS
AIS
SUDS
SUS
EACS
ESF
PCC-SUS
PAISA
PAISC
PAISM
PROSAD
PAST
RENAST
PSF
NR
UBS
SAME
TCLE
CNES
RH
PMM
EPI
ACS
SINAM
LOS
MTE

RESUMO

A Política Nacional de Saúde do Trabalhador entrou em vigor desde 2004 visando diminuir e/ou evitarmos os acidentes de trabalho e patologias adquiridas após exposição excessiva de trabalho. Na Portaria nº 1.125, de 6 de julho de 2005 instituiu-se que suas diretrizes são: atenção integral a saúde, comunicação intra e intersectorial, um fluxograma na lógica da rede de informações sobre a saúde do trabalhador, capacitação de recursos humanos e entre outros. O presente estudo objetivou analisar o conhecimento do enfermeiro da estratégia saúde da família, acerca da Política Nacional de Saúde e Segurança do Trabalho; Caracterizar a situação profissional dos enfermeiros entrevistados; Identificar se há órgãos competentes para a Educação Continuada sobre saúde e segurança do trabalhador especificamente para os enfermeiros das Unidades Básicas de Saúde; Avaliar o conhecimento dos enfermeiros sobre os riscos laborais de exposição no seu ambiente de trabalho. Trata-se de uma pesquisa de caráter descritiva exploratória, com abordagem quanti-qualitativa, a pesquisa foi desenvolvida em 10 Unidades de Saúde da Família. A amostra foi composta de 10 enfermeiros atuantes na Estratégia Saúde da Família no município de Mossoró-RN. O instrumento de coleta de dados foi um formulário aplicado após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética da FACENE/FAMENE João Pessoa-PB, haja vista a necessidade da obediência à Resolução CNS 196/96 e Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Análise quantitativa foi demonstrada através de gráficos, discutindo à literatura pertinente. A análise qualitativa foi através da análise de conteúdo discutindo ao método de Minayo. Os resultados obtidos nessa pesquisa foram: em relação ao nível de escolaridade, 53% dos entrevistados possuem como grau de instrução o nível superior; 47% relataram especialização, 0% possui mestrado e 0% possuem doutorado. Observou-se que, as (os) Enfermeiras (os) das Unidades Básicas de Saúde (UBS), tem idades acima de 30 e menos de 60 anos de idade, os quais são bem divididos, e são distribuídas da seguinte forma: 50% da amostra tem entre 40 – 49 anos de idade, 30% da amostra tem entre 30 - 39 anos de idade, 20% da amostra tem acima de 50 anos de idade e 0% da amostra tem menos de 30 anos. Apenas 10% dos entrevistados são solteiros e 90% da população entrevistada é casada (o). Quando questionados sobre os conhecimentos da PNSST, observamos que, a maioria (80%) dos enfermeiros das UBS conhecem a Política de alguma forma, enquanto (20%) disseram não conhecê-la. Quando as (os) Enfermeiras (os) foram questionados quanto à aplicação da PNSST na prevenção dos riscos laborais na prática de sua própria assistência, cerca de 90% informaram que aplicam a mesma, enquanto 10% informaram que não a aplica e desses a grande maioria das (os) Enfermeiras (os) entrevistadas (os), o que correspondem a 90%, disseram que não há vigilância de órgão competente para a capacitação/formação do Enfermeiro para a assistência na PNSST. O nível de conhecimento dos entrevistados (as) sobre a Política Nacional de Saúde e Segurança do Trabalhador (PNSST) segundo as falas: “conheço, não a fundo, mas conheço. É uma política nova, e eu a conheço através de estudo e pesquisa individual, e porque é uma política relacionada à Unidade Básica.” Como o profissional evidencia a PNSST na sua atuação? “diretamente não. No atendimento geral não, mas sempre que chega alguém tento relacionar a doença com o ambiente de trabalho.” Como o profissional aplica a PNSST na prevenção dos riscos laborais na sua assistência? “Procuro sempre. No caso de atendimento procuro sempre me cuidar, mas, no que diz respeito ao CEREST, só conheço pelo fato de ter sido acometida por um acidente de trabalho, e

com isso fiz todo aquele protocolo”. Existência e a frequência de uma vigilância do órgão competente para capacitação do enfermeiro para a assistência na PNSST? “Aqui em Mossoró nunca tive contato com o CEREST e já estou aqui a 3 anos.” Participação do órgão competente na educação continuada ao enfermeiro da Atenção Básica? “Houve alguns momentos, mas não passaram disso. Houve sim momento, mas nada demais, como uma atualização”. Conclui-se que os responsáveis pela implementação da PNSST, não tem o conhecimento necessário e os órgão competentes para a efetivação da mesma não atuam fidedignamente.

Palavras-chave: Enfermagem.Saúde.Trabalhador.Conhecimentos.

ABSTRACT

The National Policy on Occupational Health came into force since 2004 aimed at reducing and/or prevent occupational accidents and diseases acquired after overexposure of work. In Ordinance nº. 1125 of 6 July 2005 was established that its guidelines are: integral health care, intra and intersectoral communication, a logic flow chart of the network of information on worker health, human resources training among others. This study aimed to analyze the knowledge of the nurse who work at the Family Health Strategy (FHS), about the National Policy on Occupational Health and Safety (NPOHS). This is an exploratory and descriptive study, with quantitative and qualitative approach; the research was performed in 10 of Family Health Units. The sample was constituted of 10 nurses who work in the ESF in the city of Mossoró-RN. The data collection instrument was a form applied after project approval by the Ethics Committee of FACENE/FAMENE João Pessoa-PB, given the necessity of obedience to Resolution CNS 196/96 and to the Ethics Code of nursing professionals. Quantitative analysis was presented through graphs, discussing the relevant literature. Qualitative analysis was done through content analysis discussing the method of Minayo. The results obtained in this study were: in relation to schooling, 53% of the respondents are graduated, 47% reported specialization, 0% has master's degree 0% and has doctorate. It was observed that the nurses of the Basic Health Units (BHU) are aged over 30 and less than 60 years old, which are well divided, and are distributed as follows: 50% of the sample is between 40 - 49 years of age, 30% of the sample is between 30 - 39 years of age, 20% of the sample is over 50 years of age and 0% of the sample is under 30 years old. Only 10% of respondents are single and 90% is married. When asked about the knowledge of NPOHS we observed that the majority (80%) of nurses from BHU know the Policy in some way, whereas (20%) said they did not know it. When nurses were asked about the application of NPOHS in the prevention of occupational risks in practice of their own care, 90% said they apply it, whereas 10% said they do not apply, and of these the vast majority of nurses, which corresponds to 90%, said there was no supervision of competent authority for qualification/training of the Nurse for assistance in NPOHS. The level of knowledge of respondents about the NPOHS according to the speech of one of the respondents: "I know, not deeply, but I know." How does the professional evidence the NPOHS in his/her performance? "Not in general care, but whenever someone comes I try to relate the disease with the workplace. How does the professional apply NPOHS in the prevention of occupational risks in his/her care? "In case of assistance I always try to take care of myself because I have been affected by an accident at work." Existence and frequency of a monitoring body responsible for qualification of nurses to assist in NPOHS: "Here in Mossoró I have never had contact with the CEREST and I've been here for 3 years." Participation of the competent body in continuing education the nurse in primary care: "there was a moment, but nothing important, it was like an upgrade". It is concluded that those responsible for implementation of NPOHS do not have the necessary knowledge and the body responsible for effecting it does not work reliably.

Keywords: Nursing. Worker's Health. Knowledge.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
1.1 – CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA E JUSTIFICATIVA	13
1.2 – HIPÓTESE	15
2. OBJETIVOS	16
2.1 OBJETIVO GERAL	16
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
3. REVISÃO DA LITERATURA	17
3.1 - HISTÓRIA DA SAÚDE OCUPACIONAL À SAÚDE DO TRABALHADOR	17
3.2 - HISTÓRIA DA SAÚDE DO TRABALHADOR NO BRASIL.....	19
3.3 - ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE NO BRASIL	20
3.4 - SAÚDE DO TRABALHADOR NA CONJUNTURA DO SUS	22
3.5 – POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHADOR E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	23
4. CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS	26
4.1 - TIPO DE PESQUISA.....	26
4.2 – LOCAL DA PESQUISA	27
4.3 – POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	27
4.4 – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS	27
4.5 – PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS	28
4.6 – ESTRATÉGIA PARA ANÁLISE DOS DADOS	39
4.7 – ASPECTOS ÉTICOS.....	39
4.8 – FINANCIAMENTO.....	30
5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	31
5.1 ANÁLISE DOS RESULTADOS DA FASE QUANTITATIVA.....	31
5.2 ANÁLISE DOS RESULTADOS DA FASE QUALITATIVA.....	36
5.2.1 Conhecimento sobre a Política Nacional de Saúde e Segurança do Trabalhador (PNSST).....	37
5.2.2 Como o profissional evidencia a PNSST na sua atuação.....	40
5.2.3 Como o profissional aplica a PNSST na prevenção dos riscos laborais na sua assistência.....	43
5.2.4 Existência e a frequência de uma vigilância do órgão competente para capacitação do enfermeiro para a assistência na PNSST.....	46
5.2.5 Participação do órgão competente na educação continuada ao enfermeiro da Atenção Básica.....	49
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	53
REFERÊNCIAS	55
APÊNDICES	59

ANEXO A (Certidão de Aprovação do CEP).....	64
--	-----------

1 INTRODUÇÃO

1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA E JUSTIFICATIVA

A Revolta Industrial surgiu a partir de movimentos trabalhistas ingleses, onde culminou como ponto de partida a saúde ocupacional no mundo, que após o “Massacre de Peterloo” viu-se a importância da criação da primeira Lei de proteção aos trabalhadores no ano de 1802, onde por descumprimento desta lei por falta de um órgão capaz de fiscalizar surgiu então em 1833, a “Lei das Fábricas”, haja vista a necessidade de um órgão responsável por adentrar nas indústrias e observar se está sendo realizada proteção à saúde do trabalhador contra os agravos do trabalho (NOGUEIRA, 1964).

A partir daí tem-se uma visão e conscientização voltada para a importância da saúde ocupacional, que teve seus objetivos assegurados e citados em 1927, pela Comissão Mista da Organização Internacional do Trabalho (OIT) e pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Em 1979, a Assembléia Mundial de Saúde destacou a importante necessidade de se cuidar e de realizar programas especiais para essa parte da população tão importante da comunidade (NOGUEIRA, 1984).

A Política Nacional de Saúde do Trabalhador entrou em vigor desde 2004 visando diminuir e/ou evitarmos os acidentes de trabalho e patologias adquiridas após exposição excessiva de trabalho. Na Portaria nº 1.125, de 6 de julho de 2005 institui-se que suas diretrizes são: atenção integral a saúde, comunicação intra e intersectorial, um fluxograma na lógica da rede de informações sobre a saúde do trabalhador, capacitação de recursos humanos e entre outros (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

A Saúde do Trabalhador passou a ser um problema público de saúde devido os altos índices de acidentes de trabalho, onde a culpa era imposta ora para o Estado outrora para os trabalhadores, fazendo dessa forma com que os percalços não fossem resolvidos por não haver um culpado comprovado, levando assim a descrença dos trabalhadores para com a lei que os assegura, a impunidade nos acidentes e a injustiça social (VILELA; IGUTI; ALMEIDA, 2004 apud TAMASSIRO et al., 2009).

Os trabalhadores acidentados buscam subsídios no SUS, onde este referencia uma atenção maior para essa classe, neste existe uma Rede de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), a qual é a principal estratégia aceita

pelos técnicos de segurança do trabalhador articulado ao Ministério da Saúde (TAMASSIRO et al., 2009).

E como forma de descentralização da atenção à saúde da população ativamente econômica surgiu o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) que tem por objetivo desenvolver ações para melhorar as condições de trabalho e a qualidade de vida dos trabalhadores, esses centros se dividem em regionais e estaduais. Compete ao CEREST capacitar à rede de serviços de saúde, apoiar investigações de serviços de grande complexidade, assessorar a realização de convênios de cooperação técnica, subsidiar a formulação de políticas públicas, apoiar a estruturação de assistência de média e alta complexidade para atender os acidentes de trabalho e agravos contidos na Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho e aos agravos de notificação compulsória listados na Portaria GM/MS nº 777 de 28 de Abril de 2004 (BRASIL,[2006]).

No Art 1º do Capítulo I do Código de Ética dos profissionais de Enfermagem, descreve que a Enfermagem é uma profissão comprometida com o bem estar individual e coletivo, levando em consideração a promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde e do indivíduo, respeitando sempre as bases da lei e da ética (BRASIL, 1995 apud BARBOSA et al., 2004).

No quesito saúde, os trabalhadores dessa área evoluíram cientificamente e aumentaram seus índices consideravelmente, na tentativa de suprir as necessidades oferecidas pelo Sistema Único de Saúde (ABEn-RJ, 2006).

Acredita-se que, devido o enfermeiro da Atenção Básica está sempre em contato direto com a população, ele possa exercer um papel muito importante na construção, crescimento e fortalecimento do controle social, onde possui além de exercer suas funções gerenciais, educativas e de cuidados básicos, um papel que interliga-os às ações realizadas e com os trabalhadores envolvidos (ARANTES, 2007 v.16 n 3).

A saúde do trabalhador é uma política nova e a qual está inserida na Estratégia Saúde da Família, haja vista o princípio de avaliar, educar e prevenir a população ativa contra os agravos advindos no seu trabalho, dessa forma, os próprios enfermeiros da Atenção Básica se encaixa nessa faixa. Partindo dessa visão, entende-se que o enfermeiro frente à Atenção Básica deve ter uma instrução apurada sobre direitos do trabalhador quanto atendimento básico, capacitação sobre o leque de variedades que acomete essa classe, educação por parte de palestras e

principalmente se o Enfermeiro Fiscal do órgão de classe atua na fiscalização do exercício dos enfermeiros da Atenção Básica a exercerem sua função frente à atenção à saúde do trabalhador (ALVES, 2003).

Diante do acima descrito, o interesse pelo presente estudo foi desencadeado através da vivência em estágios e sentir falta dessa atenção em particular, bem como pela escassez literária. Entende-se que, da mesma forma que o enfermeiro da UBS conhece e atua nas Políticas Nacionais de Saúde, tais como: criança, adolescente, mulher, adulto, HIPERDIA, do idoso e mais recentemente a do homem, o mesmo deveria ser feito com a Política de Atenção à Saúde Trabalhador. Dessa forma, surgiram inquietações a fim de saber um pouco mais sobre os conhecimentos e práticas de enfermeiros que atuam na Estratégia Saúde da Família, que são os responsáveis por colocar essa Política de Saúde em ação e fazê-la ser bem sucedida, nesse caso fica o questionamento: Até que ponto o Enfermeiro da Saúde da Família atuante na Unidade Básica de Saúde compreende a PNSST e até que ponto a põe em prática?

1.2 HIPÓTESE

Devido o (a) trabalhador (a) estar inserido (a) em vários outros programas do SUS, estaria este sendo deixado um pouco de lado pelos seus responsáveis na prática, fazendo dessa forma uma política pública fantasma, deixando uma descrença aos direitos dos seus usuários.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o conhecimento do enfermeiro da estratégia saúde da família, acerca da Política Nacional de Saúde e Segurança do Trabalho (PNSST).

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar a situação profissional dos enfermeiros entrevistados;
- Identificar se há órgãos competentes para a Educação Continuada sobre saúde e segurança do trabalhador especificamente para os enfermeiros das Unidades Básicas de Saúde;
- Avaliar o conhecimento dos enfermeiros sobre os riscos laborais de exposição no seu ambiente de trabalho.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 HISTÓRIA DA SAÚDE OCUPACIONAL À SAÚDE DO TRABALHADOR

No século XVII, com a Revolução Industrial, tem início a formação da classe operária, de forma desorganizada e sem direitos ou leis que os embasassem (MAENO; CARMO, 2005 apud MEDEIROS, 2010). A Revolução Industrial, é então, produto de movimentos trabalhistas com maior enfoque após o “Massacre de Peterloo”, em 1802 (NOGUEIRA, 1984).

O início do conhecimento da relação entre trabalho e doença começa a fazer parte da vida e evolução da humanidade. Ramazzini, considerado pai da medicina do trabalho, que, no final do século XVII e início do século XVIII, escreveu um tratado sobre doenças ocupacionais, levando em conta importância de perguntas sobre estado de trabalho, esforço físico, etc, na anamnese, na busca de diminuir a existência de doenças e/ou tratar enfermidades adquiridas. Com isso, a prevenção de doenças e de acidentes associadas ao trabalho, teve início somente após a implementação do paradigma da medicina do trabalho no século XIX (SANTANA, 2006 apud MEDEIROS, 2010).

Em 1802, decretou-se a primeira lei de proteção aos trabalhadores, a “Lei de Saúde e Moral dos Aprendizes”, não sendo efetiva por não haver órgãos fiscalizadores para o regimento da mesma, mudou-se para “Lei das Fábricas”, em 1833, onde para que essa lei seja regimentada tal qual foi criado o “Inspetorado de Fábricas”, que é responsável por observar e manter as condições de trabalho favoráveis aos trabalhadores protegendo-os contra os agravos à saúde dos mesmos, onde esse “Inspetorado” era um órgão governamental, sendo o primeiro a ter liberdade de circular dentro das fábricas e salas. No decorrer do tempo, depois dessa iniciativa, tem-se a atenção sobre a importância dessa parcela da população e a conscientização da saúde ocupacional, onde tem objetivos definidos em 1957 pela Comissão Mista da Organização Internacional do Trabalho (OIT) e pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Dessa forma afirma que:

“ A Saúde Ocupacional tem como finalidade incentivar e manter o mais elevado nível de bem-estar físico, mental e social dos trabalhadores em todas as profissões; prevenir todo o prejuízo causado à saúde destes pelas condições de seu trabalho; protegê-los em seu serviço contra os riscos resultante da presença de agentes

nocivos à sua saúde; colocar e manter o trabalhador em um emprego que convenha às suas aptidões fisiológicas e psicológicas e, em resumo, adaptar o trabalho ao homem e cada homem ao seu trabalho” (NOGUEIRA, p. 495, 1984).

Devido às condições precárias a que os trabalhadores eram expostos e pelo desgaste durante esse processo de execução do trabalho, passa a ser modificado a forma de ver a relação trabalho-doença, o que se torna necessário a necessidade de intervir na saúde desses trabalhadores (FIGUEIREDO, 2008).

A medicina do trabalho teve início na primeira metade do século XIX, na Inglaterra, com a Revolução Industrial. Nesse momento, o processo de trabalho exigia muito esforço por parte de seus trabalhadores devido um processo acelerado e em grande escala, que necessitou de uma atitude imediata de intervenção, que caso não fosse cumprida teria pena de barrar o processo (MENDES; DIAS, 1991).

Depois dessa imposição, um proprietário de uma fábrica, identificou que seus trabalhadores não tinham cuidados médicos, obtinham cuidados apenas pelos responsáveis por instituições filantrópicas, pediu um conselho ao seu médico particular, o senhor BAKER, o qual lhe informou que seria interessante implantar um médico interno na fábrica, pois esse seria o elo entre o proprietário e os trabalhadores, onde este teria livre acesso às alas da fábrica, irá observar o trabalho e observar o efeito deste sobre os trabalhadores, e em caso de uma ocorrência ele mesmo quem irá tomar as intervenções. (MENDES;DIAS, 1991).

Logo em seguida, o proprietário seguiu as recomendações do seu médico particular, e assim surgiu em 1830 o primeiro serviço de medicina do trabalho (MENDES; DIAS, 1991).

A implantação desses serviços logo se disseminou para outros países juntamente com o processo de industrialização. A falta de assistência ou a não assistência prestada dos sistemas de saúde, fez com que os serviços médicos dessas empresas tornam um serviço indispensável e importante que passa a manter o trabalhador e seus familiares vigilantes e cuidadosos com o nível de força de trabalho exercido. Dessa forma, faz-se necessário a criação da Organização Internacional do Trabalho (OIT), em 1919; a Conferência Internacional do Trabalho em 1953; em 1954, foi sinalizado a um grupo de especialistas para investigar e avaliar as diretrizes gerais dos Serviços Médicos do Trabalho e em 1959 foi criado a denominação Serviço de Medicina do Trabalho (MENDES;DIAS, 1991).

Em 1959, devido a boa resposta com esse sistema implantado, dá-se início à Recomendação 112, que é aprovada pela conferência Internacional do Trabalho, esse objeto normativo de dimensões internacionais passa a ser referência e ponto de questionamento para a produção de diplomas legais nacionais, onde o modelo brasileiro se baseia (MENDES;DIAS,1991).

Essa recomendação 112, diz que serviço de saúde do trabalho é:

- oferecer segurança aos trabalhadores contra qualquer risco que venha a prejudicar sua saúde, onde esse esteja em seu campo de trabalho;
- incentivar e ajudar na adaptação física e mental desse trabalhador no seu campo, enfocando a peculiaridade especial de cada trabalhador na sua área específica;
- ajudar, da melhor maneira possível, na permanência e bem-estar físico e mental do trabalhador.

Essas e outras coisas, começam a mostrar a impotência da medicina do trabalho para atuar apenas nos danos causados à saúde causados pelos processos de produção, sendo assim necessário a ampliação atuação médica que chega ao trabalhador, mas inicia-se pela intervenção sobre o meio em que trabalha e as condições em que trabalha. Surge aí a “Saúde Ocupacional” que tem a visão da multi- e interdisciplinaridade, com a organização de equipes multiprofissionais, tendo uma visão focada na higiene industrial, observando seu processo histórico de serviços médicos e os lugares em que foram implantados (MENDES; DIAS,1991).

3.2 HISTÓRIA DA SAÚDE DO TRABALHADOR NO BRASIL

No Brasil, o processo de implantação e desdobramento da saúde ocupacional se deu mais tardiamente, disseminando-se em várias direções (MENDES;DIAS, 1991).

O início das identificações e do registro em documento sobre problemas com a saúde do trabalhador, em meados do século XIX, mas a implementação dessa temática de caráter científico teve início a partir das escolas médicas (SANTANA, 2006 apud MEDEIROS, 2010).

O modelo de saúde ocupacional passa a ser insuficiente, porém essa vertente não é um caso único e nem isolado, no que diz respeito às políticas novas de saúde. É uma vertente bastante importante pois, consegue fazer um paralelo entre saúde e

trabalho, em contrapartida, é circundada por cenários políticos e sociais de dimensões amplas. A partir daí, em meados de 1968, tem-se um novo movimento partindo dos próprios trabalhadores, que começam a questionar sobre o verdadeiro sentido do trabalho fora da esfera cristã, o que intimida o Estado, esse processo faz-se então necessária a participação de trabalhadores para ajudar nos questionamentos da importâncias sobre saúde e segurança para os mesmos (MENDES;DIAS, 1991).

Com o passar do tempo, e com os interesses se modificando, a causa de doenças ocupacionais passam a ser modificadas. As doenças antigas que eram já esperadas se excluem e passam a surgir novas doenças adquiridas pela força de trabalho, como: doenças cardiovasculares, distúrbios mentais, o estresse e o câncer. Com essa modificação no processo de doenças ocupacionais, modifica-se também a preocupação na área de saúde, modificando seu modo de intervir, passando a interessar-se pela prevenção de saúde, com a “promoção de saúde”, tendo como principais objetivos a educação, mudança no estilo de vida e mudança de comportamento da população (MENDES;DIAS, 1991).

Com essa visão, a história do trabalho teve início na busca pela satisfação do prazer econômico individual, através de mecanismos que rendessem ganhos. Onde o resultado desse mecanismo só é obtido quando se tem a junção do objeto, do meio, da atitude e por fim o produto (OLIVEIRA, 2006 apud MEDEIROS, 2010).

3.3 ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE NO BRASIL

O Brasil em meados dos anos 60 aos anos 80 vivenciou um processo de Regime Militar, onde tinha uma visão autoritária voltada ao esvaziamento da força política visando a liberdade individual privada. A atuação, dessa forma, era promover e observar o espaço público visando à garantia de paz social. Teve-se assim, a unificação da Previdência Social, nesse momento tinha-se a grande necessidade de descentralização de políticas com ações voltadas à população, principalmente às de saúde. Com o passar do tempo, essa descentralização ia ganhando forças devido aos maus índices observados no perfil epidemiológico, o que afirmava a incompetência do Estado (XIMENES NETO, 2010).

No contexto de Atenção Primária à Saúde (APS), a qual era detida e centralizada na Previdência Social, teve sua descentralização firmada em meados

de 1980, devido a crise da Previdência Social e pelo pacto firmado na Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde, em 1978. Deste modo, o governo cria as AIS – Ações Integradas de Saúde, a qual se dissemina por todo o país em pouco tempo. Em 1987, as AIS foram retiradas para a implantação do SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde, em 1990; e logo em seguida o SUDS foi substituído pelo SUS – Sistema Único de Saúde, em 1990, com toda essa mudança o melhoramento nas condutas preventivas de saúde, como ações e programas, foram melhorando gradativamente. Não parando por aqui, cria-se também as EACS – Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde, e o ESF – Estratégia de Saúde da Família, que com o passar do tempo, tem por função a melhoria da assistência de saúde à população (XIMENES NETO, 2010).

Nos anos de 1990, com o expressivo crescimento de trabalho em saúde de forma quantitativa, observado pelo crescimento de ações, programas, intervenções, palestras de saúde, leva a uma mudança estrutural nas formas de trabalho, em relação a seus funcionários. Dessa forma, ocorre a descentralização sobre a contratação de profissionais de saúde, bastante visível após a implantação das ESF. De 1990 até os dias atuais, não houve modificações visíveis no que diz respeito a garantia de proteção social à esses trabalhadores de saúde, e a não existência do Plano de Carreira, Cargos e Salários do SUS, PCC-SUS. Isso leva a um “desgosto” por parte dos profissionais de saúde, o que gera uma rotatividade de profissionais alterando assim a forma de aplicar a assistência, onde cada indivíduo tem sua forma, prejudicando a implantação de políticas e programas de atenção de saúde, onde quem mais sente é a população (XIMENES NETO, 2010).

Diante várias mudanças ocorridas na última década do século passado, o Brasil teve mudanças na sua organização, subsídio e oferta no quesito de sistema de saúde. Com essas mudanças, houve a introdução de novos programas para a mudança do novo modelo assistencial do SUS. Na Atenção Básica, tem-se por características a promoção de saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação do indivíduo para à sociedade. Dessa forma, a Atenção Básica caracteriza-se por várias ações e programas unidos para serem implantados na sociedade em prol de uma melhoria na saúde da população (BECK et al., 2010).

O SUS é uma entidade que age em todo território nacional com os mesmos objetivos e estrutura, com a responsabilidade dos 3 esferas: Nacional, Estatal e Municipal. Dessa forma, podemos compreender que o SUS não é uma instituição,

mas sim, um conjunto de esferas que agem em prol de um único fim. Essas esferas são responsáveis por prevenir, tratar e reabilitar a população que o procura. Os SUS, assim como qualquer união deveres à população é regido por pontos institucionais, como: Equidade, Integralidade e Universalidade, onde esses pontos dão a garantia à população assistida em todo território nacional, dando-lhes a garantia de assistência de saúde e igual em qualquer canto do país (FIGUEIREDO, 2008).

A partir da criação, implantação e disseminação do SUS em todo território nacional, tem-se a melhoria no que diz respeito a programas específicos voltados a uma parcela da população, assim temos: PAISA – Programa de Atenção Integral à Saúde do Adulto, PAISM – Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher, PAISC – Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança, PROSAD – Programa de Atenção à Saúde do Adolescente e PAST – Programa de Atenção à Saúde do Trabalhador, onde nesse caso se faz desnecessário o conhecimento aprofundado dessas políticas, exaltando assim o PAST.

3.4 A SAÚDE DO TRABALHADOR NA CONJUNTURA DO SUS

Entende-se por trabalho, todo e qualquer esforço físico e/ou mental para a realização de uma atividade. Logo, trabalhador é segundo Aurélio Buarque de Holanda, todo aquele que desenvolver e desempenhar um esforço físico que antes tenha sido planejado em mente, e que este está sendo implantado para desempenhar uma profissão que dará resultados os quais serão remunerados para suprir necessidade financeira pessoal (FIGUEIREDO, 2008).

A saúde do trabalhador é uma das vertentes da Saúde Pública que tem como foco de estudo e atuação tudo o que estiver inter-relacionado com a saúde e o processo de trabalho. Com isso, tem por objetivo a prevenção e proteção da integridade da saúde desse trabalhador, através de ações de vigilância sobre riscos ocupacionais a que esses trabalhadores são submetidos, bem como a assistência dada a esse trabalhador sempre que necessário, como: diagnóstico, tratamento e reabilitação embasados pelos regimentos de integralidade do SUS (SOUZA, 2010).

A Saúde do Trabalhador passa a ser um campo de saúde mais novo, pois passa a ter uma visão específica para esse grupo populacional objetivando entender e intervir no processo trabalho-saúde em um diâmetro maior do que a exposta na

saúde ocupacional. A saúde do trabalhador tenta entender o processo de adoecimento e morte desses trabalhadores a partir do entendimento e estudo do processo de trabalho (FIGUEIREDO, 2008).

Na segunda metade de 2002, o Ministério da Saúde publicou a portaria 1.679, que firmou um passo importante no que diz respeito ao firmamento de uma política específica para Saúde do Trabalhador, iniciando assim uma Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST). Em relação à portaria, teve por objetivo impulsionar a disseminação das ações de saúde do trabalhador em toda a rede do Sistema Único de Saúde (SUS), que foi conseguido através de batalhas dos componentes de grupos intra-setoriais de saúde do trabalhador, firmando o processo em todo o atendimento dessa área onde atue o SUS (MAENO; CARMO, 2005 apud MEDEIROS, 2010).

A RENAST – Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – é o órgão-modelo e específico para atender essa parcela da população, que é composto por vários Centro de Referência de Saúde do Trabalhador, denominado CEREST (BRASIL, 2002 apud SOUZA, 2010). O CEREST é formado por uma equipe de saúde multiprofissional, que é responsável por dar o aporte geral a essa classe, assim deve, capacitar a rede de saúde, dar incentivo às investigações de grande complexidade, financiar a formação de políticas públicas visando apoio à formação de média e alta complexidade onde serão atendidos trabalhadores surpreendidos por acidentes de trabalho. O CEREST é voltado para a saúde da população em geral, envolvendo o serviço privado e o público, não se confundindo com serviço específico para funcionário público. Em geral, é responsável pela promoção e prevenção de saúde visando diminuir o risco às doenças de trabalho e acidentes de trabalho, seja pela educação em saúde ao próprio trabalhador ou por campanhas voltadas ao público específico (SOUZA, 2010).

3.5 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHADOR E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)

O SUS e seus objetivos de geração de cidadania e direito universal à saúde, tem uma pequena história desde sua existência até os dias de hoje, já que o mesmo foi criado em 1988 e legalmente em 1990. Nesse entremeio, foram realizadas várias conversas e debates com vários temas, onde os sobre qualificação dos profissionais

e de educação permanente está entre os assuntos debatidos desde 2001. A ESF, antes chamada de PSF, que foi um dos cursos de especialização em saúde da família, para que os profissionais de saúde pudessem dar um suporte maior aos usuários, visto que as unidades de saúde estavam se disseminando por todo país. Com essa disseminação, em 1994, o programa que antes atendia apenas a uma parte da população que era excluída do consumo de serviço, para se tornar uma estratégia consolidada pelo SUS (OHARA;SAITO, 2008 apud TEIXEIRA, 2006a).

Grande são os feitos das Equipe de Saúde da Família que estão atuando em todo o território brasileiro, onde esta equipe é formada por múltiplos profissionais, assim ocorrendo uma melhoria de vários indicadores de saúde. Dessa forma, com todos esses avanços e pensamentos para o horizonte, ainda visualizamos que por mais que haja os avanços, ainda há falhas que possivelmente podem ser conversadas e melhoradas com diálogos e algumas aceitações de críticas, como ações de trabalho.

Analisando a ESF, esta, por mais que tenha uma ampla cobertura sobre a população, esta ainda é defasada, pois a população que é atendida pela mesma, é apenas uma fatia, onde está cadastrado no sistema de informação, o que nos dá uma visão ainda clínica, deixando um pouco de lado o trabalho a coletividade, como a Saúde Coletiva, as exposições ao risco, a vulnerabilidade, entre outros. Isso é extremamente compreendido quando avaliamos o tamanho da demanda da população consumidora de saúde. (OHARA;SAITO, 2008).

Dessa forma, a ESF deve modificar o modo de ver os sujeitos, como trabalhadores em saúde, com o objetivo de modificar o entendimento do fazer em saúde, gerando ações preventivas às lesões, distúrbios mentais, adoecimentos em trabalhadores de vários segmentos. Com isso, a ESF deve ter um trabalho em saúde coletiva utilizando o referencial da vigilância em saúde, despertando dessa forma, uma preocupação com os profissionais da equipe, ou seja, se preocupando com a coletividade, mesmo que a queixa inicial, seja individual.

A inclusão dos trabalhadores à ESF, é feita de duas formas: pela vigilância em saúde, que inclui esse trabalhador a partir de algo que o tenha acometido e este foi atendido uma Unidade de Pronto-Atendimento (UPA), logo, este irá ser adscrito na ESF, onde este não fazia parte da fatia atendida pela Unidade; a outra forma, é estar cadastrado na ESF, como parte da população atendida pela mesma (OHARA;SAITO, 2008).

Entendendo que trabalhador é todo aquele que exerce alguma atividade de trabalho, logo, estão inseridas pessoas de ambos os sexos, faixas etárias diversas, etnias variadas, classes sociais diferentes, vem crescendo devido a expansão da população brasileira, levando a uma desigualdade no processo de vida e na saúde. Com a mal realização do trabalho, prejudica-se então os direitos adquiridos por lei, colocando assim em risco a saúde do trabalhador. Dessa forma, o SUS deve cobrir todos os trabalhadores, sejam eles formais ou informais, agindo na prevenção e promoção da qualidade de vida dessa parte da população que é mais exposta à riscos de trabalho, que muitas vezes deixam seu cuidado em segundo plano, por ter que responder às questões sociais, e muitas vezes quando vão procurar pelo serviço de saúde seu estado está mais avançado (OHARA;SAITO, 2008).

Dentro da fatia dos trabalhadores que são cobertos pelo SUS, estão os próprios profissionais de saúde, onde estes se encontram muito esquecidos. A correria do dia-a-dia na ESF, leva a dificuldades em realizar atividades com eles próprios, o qual é uma Norma Regulamentadora (NR) do programa. As Unidades Básicas de Saúde (UBS), não tem relação com a vigilância da saúde do trabalhador, no que diz respeito a busca dos agravos à saúde e a busca de acidentes relacionados ao trabalho, assim como o atendimento prestado ao trabalhador acidentado, onde este passa maior parte do seu tempo na sua área de trabalho, porém a Equipe de Saúde da Família, tem a responsabilidade de saber que tais pessoas fazem parte da sua área adscrita, assim como o trabalho que eles executam e a quais agentes eles estão expostos, dessa forma, levando a prevenção, promoção, diagnóstico recente e possível melhoria na qualidade de vida desses trabalhadores(OHARA;SAITO,2008).

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa de caráter descritiva exploratória, com abordagem quanti-qualitativa. “Pode-se definir pesquisa como procedimento racional e sistemático que tem como objetivo proporcionar respostas aos problemas que são propostos” (GIL, 2010).

As pesquisas descritivas são caracterizadas por observar, checar, selecionar e interpretar fenômenos ocorridos sem que o pesquisador interfira. Dessa forma, fatos humanos e físicos assim estudados, não podem ser mudados ou induzidos pelo pesquisador (ANDRADE, 2007).

As pesquisas exploratórias têm por objetivo adquirir maior aproximação com o problema, a ponto de gerar hipótese e torná-las o mais clara possível. No entanto, a pesquisa exploratória tem o intuito de sintetizar as características da amostra (GIL, 2010).

O método quantitativo tem por finalidade trazer à tona dados, indicadores e tendências visíveis ou gerar modelos teóricos que ainda encontram-se apenas em idéias, porém que, tenham uma eficiência prática (MINAYO, 2010).

O método qualitativo é aquele que se aplica para melhor pesquisar um grupo delimitado e evidenciado, de histórias que interessem à sociedade sob a visão dos próprios executores das ações, de relações e para a averiguação de discursos e de documentação. Esse tipo de método tem embasamento teórico nos dá a condição de descobrir processos sociais ainda pouco ou não conhecidos sobre determinados grupos delimitados, dar condição de construir novas idéias e criação de novos conceitos e categorias durante o processo de pesquisa (MINAYO, 2010).

A questão da relação entre quantitativo-qualitativo envolvida pelo problema central da pesquisa não pode ser vista apenas de um modo básico escolhido pela afinidade do pesquisador ao investigar a realidade.

Ela tem que ver como o caráter do objeto específico de conhecimento aqui tratado: com o entendimento de que nos fenômenos sociais há possibilidade de se analisarem regularidades, frequências, mas também relações histórias, representações, pontos de vista e lógica interna dos sujeitos em ação. (MINAYO, 2010, p.63).

4.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi desenvolvida em 10 Unidades de Saúde da Família (UBS) no município de Mossoró-RN, onde a Faculdade Nova Esperança de Mossoró possui convênio para realização de práticas.

Apresenta a seguinte estrutura física, todas as UBS, com: SAME, Sala de Preparo, de Vacina, de procedimentos, da gerência, copa, de esterilização, de arquivos, lavanderia, almoxarifado, expurgo, consultório medico, de enfermagem, Odontológico, 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 de estudo foi composta por 12 enfermeiros, dos quais 2 se recusaram a participar, sendo assim a amostra foi composta de 10 enfermeiros atuantes na Estratégia Saúde da Família (ESF) no município de Mossoró-RN e que concordaram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), onde os critérios de inclusão são: ser cadastrados no CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde) como enfermeiro da estratégia e atuar a três anos em uma equipe de saúde da família.

4.4 INSTRUMENTO DA COLETA DE DADOS

Com o intuito de identificar o conhecimento do enfermeiro da ESF sobre a Política Nacional de Saúde e Segurança do Trabalhador, foi realizado um formulário com perguntas abertas e fechadas, estruturado pertinente à temática.

De acordo com Marconi e Lakatos (2007), o formulário é um objeto de pesquisa que deve ser muito bem formulado, para seu uso e posterior interpretação ser facilitado. Em um formulário, deve-se conservar a estética do mesmo, onde vale avaliar o tipo, tamanho e formato do papel, não esquecendo a importância sobre os espaçamentos entre um questionamento e outro que deve ser o mesmo. Dessa forma, para manter a estética do formulário, a forma de assinalar as questões deve permanecer a mesma durante todo o preenchimento. Nas questões discursivas,

deve-se prezar pela simplicidade e objetividade das respostas, onde excesso de informação desnecessária deve ser evitada (MARCONI; LAKATOS, 2007).

“Causam má impressão questionário ou formulários antiestéticos em termo de papel, disposição das perguntas, grafia, etc” (WITT, 1973, p.46 apud MARCONI; LAKATOS, 2007 p. 215).

O formulário foi estruturado em duas partes: Parte I – dados pessoais e características profissionais que são: escolaridade, idade, estado civil; e Parte II – constituído por 8 perguntas abertas e fechadas com o objetivo de coletar dados referente à temática a qual abordou os seguintes pontos: conhecimento da PNSST, evidenciação da PNSST na atuação do enfermeiro da ESF, aplicação da PNSST na prevenção dos riscos laborais na sua assistência, existência de órgão competente para a capacitação/formação do enfermeiro para a assistência na PNSST e qual a participação do órgão competente na educação continuada ao enfermeiro da Atenção Básica (APÊNDICE B).

4.5 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética da FACENE/FAMENE João Pessoa-PB, e com um encaminhamento de um Ofício pela Coordenação do Curso de Monografia da FACENE, Mossoró-RN, à Secretaria Municipal de Saúde, foi realizada a coleta de dados no mês de Outubro e Novembro/2011, por meio de um formulário, estruturado com perguntas abertas e fechadas.

O formulário foi preenchido no horário de trabalho, porém sem ocasionar danos ao cronograma de atividades exercidas pelas (os) enfermeiras (os) de rotina. O mesmo foi preenchido pela pesquisadora participante, na frente do participante com as palavras dos mesmos.

Antes da aplicação dos formulários, os pesquisados foram esclarecidos quanto aos objetivos geral e específicos, assim como a garantia de sigilo total sobre as informações prestadas e da identidade dos mesmos , e foram informados também, quanto à possibilidade e forma de procura em caso de desistência a qualquer momento da pesquisa, e na oportunidade, os mesmos que aceitaram participar da pesquisa assinaram o Termo de consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Deve-se focar que, o entrevistado recebeu uma instrução do pesquisador sobre como foi avaliado e que teve total autonomia sobre sua opinião e total liberdade sobre a opção de desistência da pesquisa assim que solicitá-la. O tempo de duração de preenchimento de cada formulário não se pode confirmar, pois, cada participante é único, e depende das circunstâncias que rodeiam a pessoa entrevistada e o teor do assunto em questão.

4.6 ESTRATÉGIAS PARA ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados se fará de duas maneiras: a primeira parte do formulário é referente à caracterização dos indivíduos e sobre a PNSST, foram analisados de forma quantitativa através de gráficos e discutidos à luz da literatura pertinente; a segunda parte do formulário, foi analisado com enfoque do método qualitativo, através da categorização de Minayo.

A análise dos dados na abordagem qualitativa será de acordo com os procedimentos metodológicos para análise de dados, a partir da perspectiva qualitativa, a categorização, inferência, descrição e interpretação são os métodos encontrados mais adequados. Sendo assim, essas etapas não necessitam seguir essa sequência, mas, são geralmente trabalhados da seguinte forma: 1- divisão do material; 2 – distribuição do material em categorias; 3 – descrição do resultado da categorização, o qual descreve os resultados achados na análise; 4 – inferência dos resultados e 5 – interpretação dos resultados, que será baseada na fundamentação teórica (MINAYO, 2010).

4.7 ASPÉCTOS ÉTICOS

A Enfermagem se define por um componente formado por uma união de conhecimento teórico e prático, construído e reproduzido pela somatória de práticas sociais, éticas e políticas que articula com o ensino, assistência e pesquisa. E tem por fim a realização de melhorias para o indivíduo, a família e a sociedade em geral.

O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem leva em consideração a necessidade e o direito de assistência em Enfermagem da população, os interesses do profissional e de sua organização. Está centrado na pessoa, família e coletividade e pressupõe que os trabalhadores de Enfermagem

estejam aliados aos usuários na luta por uma assistência sem riscos e danos e acessível a toda população (COFEN, 2007)¹.

O Enfermeiro, que é integrante da equipe de saúde, é responsável por garantir uma assistência satisfatória a toda população e defender os princípios das políticas públicas de saúde e ambientais, e por garantir os princípios básicos do Sistema Único de Saúde. Logo, os enfermeiros respeitam a vida, a honra e os direitos humanos, em todas as formas (COFEN, 2007).

Nesta pesquisa, também foi obedecido 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).

4.8 FINANCIAMENTO

A referida pesquisa foi de total responsabilidade de seu pesquisador participante, com relação aos gastos necessários durante seu todo o processo. A Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró - FACENE/RN se responsabilizou por disponibilizar referências contidas na sua biblioteca, computadores e internet, bem como orientador e banca examinadora.

¹ Documento eletrônico não paginado.

5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS

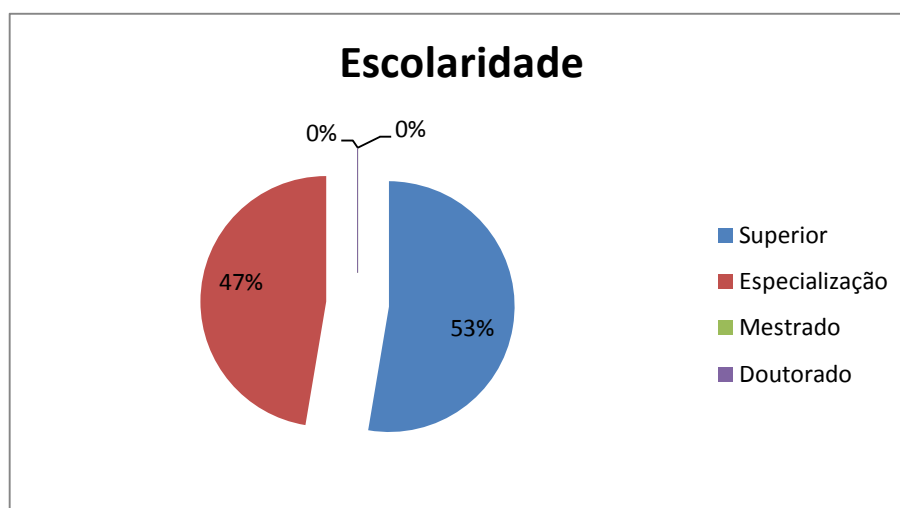
De início a amostra iria incluir 12 profissionais, porém não foi possível coletar dados de 2 profissionais porque os mesmos se recusaram a participar da pesquisa, o qual é um dos direitos, que consta no TCLE (APÊNDICE A) dos convidados à participantes, e também a desistência do mesmo no ato do pedido, ou após a coleta.

5.1 ANÁLISE DOS RESULTADOS DA FASE QUANTITATIVA

Os aspectos referentes à identificação pessoal e profissional (APÊNDICE B) aplicados aos participantes da pesquisa durante a coleta dos dados quantificáveis são demonstrados por meio de gráficos, onde é possível verificar os seguintes aspectos: escolaridade, idade, estado civil e conhecimentos gerais da PNSST.

Os dados coletados foram apurados por 10 profissionais e interpretados da seguinte forma:

Gráfico 1 - Caracterização da Amostra quanto à Escolaridade



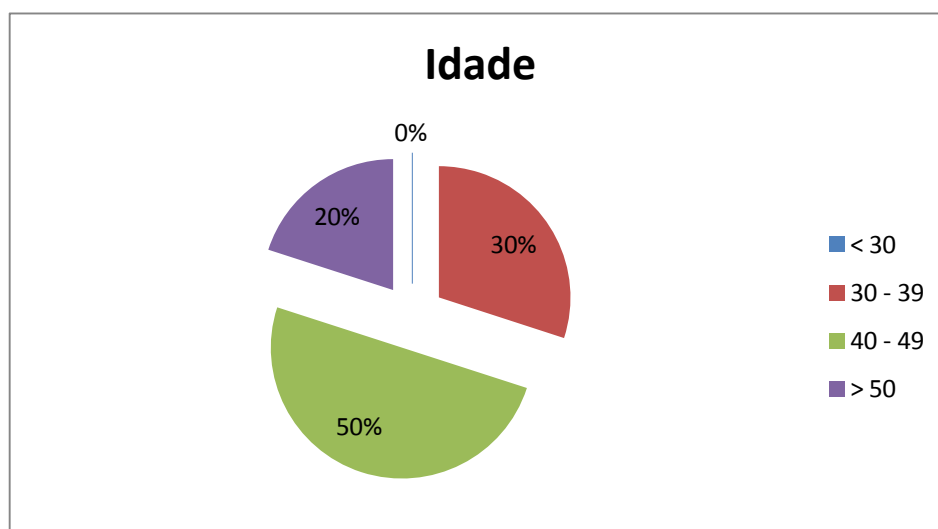
FONTE: PESQUISA DE CAMPO, FACENE-RN 2011

De acordo com o gráfico 1, em relação ao nível de escolaridade, 53% dos entrevistados possuem como grau de instrução o nível superior; 47% relataram

especialização; 0% possuem mestrado e 0% possuem doutorado. A predominância do nível superior é dada pelo total do percentual (100%) dos participantes, visto que é o nível mais baixo para entrar na pesquisa, pois, os participantes eram todos enfermeiros, que se faz por obrigação conter a graduação em enfermagem.

Observando o gráfico acima exposto, verificou-se que, nível de escolaridade é diferente de tempo de formação, onde tempo de formação pode ser indicativo de experiência no trabalho e reflete relativa maturidade (MARTINS et al, 2006). Já no que diz respeito ao nível de escolaridade, para que os enfermeiros possam atuar na área, é exigida especialização em saúde pública ou experiência de dois anos na área de saúde do trabalhador (RIBEIRO, 2008).

Gráfico 2 – Caracterização da Amostra quanto à Idade



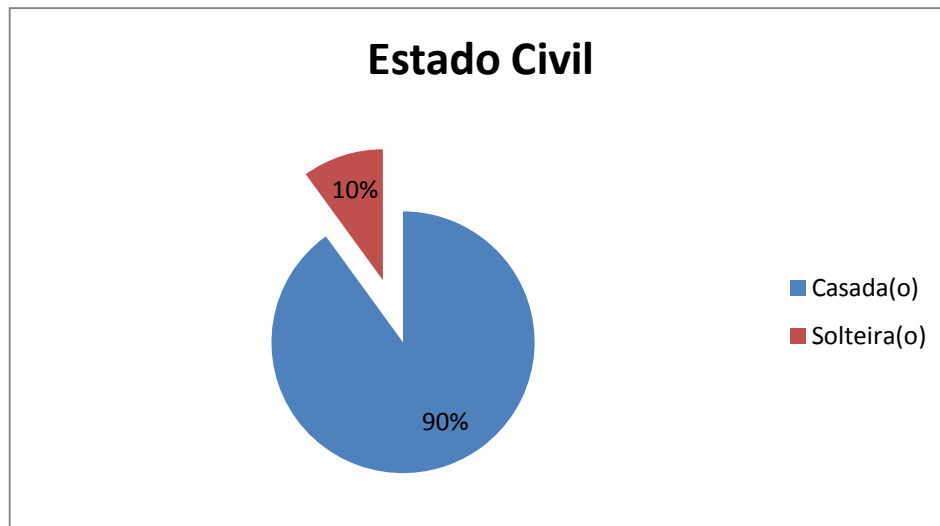
FONTE: PESQUISA DE CAMPO/FACENE-RN 2011

De acordo com gráfico 2, observar-se que, as (os) Enfermeiras (os) das Unidades Básicas de Saúde (UBS), tem idades acima de 30 e menos de 60 anos de idade, os quais são bem divididos, e são distribuídas da seguinte forma: 50% da amostra tem entre 40 – 49 anos de idade, 30% da amostra tem entre 30 - 39 anos de idade, 20% da amostra tem acima de 50 anos de idade e 0% da amostra tem menos de 30 anos de idade.

Os resultados dessa pesquisa foram pouco parecidos com os de uma pesquisa realizados em outro município, já que na nossa realidade a maioria dos

(as) enfermeiros (as) encontra-se na faixa etária acima de 40 e menos de 49. Nessa pesquisa, realizada em 1998, verificou-se que a grande maioria dos enfermeiros tinha menos de 40 anos de idade (FERRARI, 2005 apud MACHADO, 2000).

Gráfico 3 – Caracterização da amostra quanto ao Estado Civil



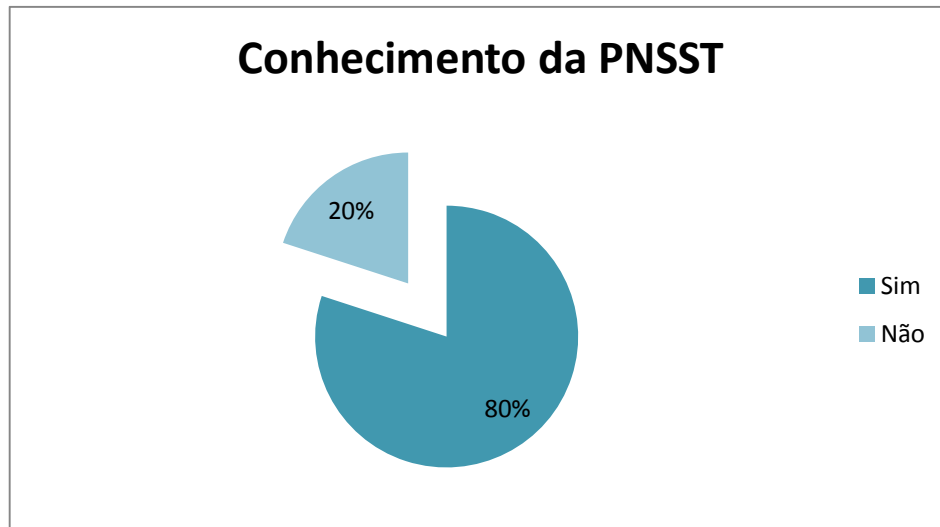
FONTE: PESQUISA DE CAMPO/FACENE-RN 2011

No que diz respeito ao estado civil dos entrevistados, o gráfico 3 mostra que apenas 10% dos entrevistados são solteiros e 90% da população entrevistada é casada (o).

Não foi questionado quanto ao tipo de casamento estabelecido, entendendo-se como casado, todo aquele que divide o mesmo espaço e estão intimamente juntos. Da mesma forma, o entendimento de solteiro, é todo aquele que não estabelece vínculo íntimo, convivendo com outra pessoa sob o mesmo teto.

Casamento é o vínculo estabelecido entre duas pessoas, mediante o reconhecimento governamental, religioso ou social e que pressupõe uma relação interpessoal de intimidade, cuja representação arquetípica é a coabitação, embora possa ser visto por muitos como um contrato (WIKIPÉDIA, 2011).

Gráfico 4 – Caracterização da amostra quanto ao Conhecimento da PNSST



FONTE: PESQUISA DE CAMPO/FACENE-RN 2011

Quando questionados sobre os conhecimentos da PNSST, observamos no gráfico 4 que, a maioria (80%) dos enfermeiros das UBS conhecem a Política de alguma forma, enquanto (20%) disseram não conhecê-la. Não foi questionado, quanto ao nível de conhecimento, mas, a forma pela qual elas (es) a conheciam.

No capítulo IV da lei 8080, que dispõe dos Recursos Humanos (RH), refere que a política será implementada articuladamente pelas 3 esferas do poder do governo, para que seja garantida a organização de em todos os níveis de ensino abrangendo também pós-graduação, principalmente a execução de programas permanentes para a atualização dos profissionais e atualização pessoal, objetivando a atualização constante dos profissionais da saúde quanto ao programa (PNSST) (LEI 8080).

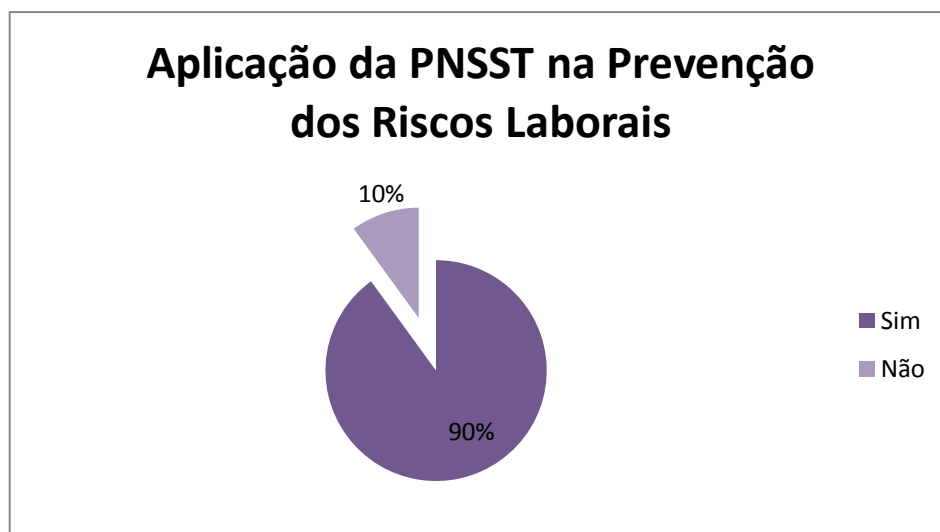
Entende-se que saúde é algo que muda de indivíduo para indivíduo e de realidade para realidade, logo, os profissionais devem estar capacitados para qualquer indivíduo e para qualquer realidade, e isso só é possível com uma educação permanente e contínua, onde é adquirido conteúdo para que tais situações fossem resolvidas ou ao menos tentadas a ser resolvidas, a partir de conhecimentos dos profissionais da saúde.

Entende-se por saúde do trabalhador, para fins desta lei, um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa a

recuperação e a reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho (LEI 8080, Cap. I, Art. 6, § 3º p. 3).

“Deverão ser criadas comissões permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior” (LEI 8080, Cap. III, Art.14, p. 6).

Gráfico 5 – Caracterização da amostra quanto à Aplicação da PNSST na prevenção dos riscos laborais na sua assistência



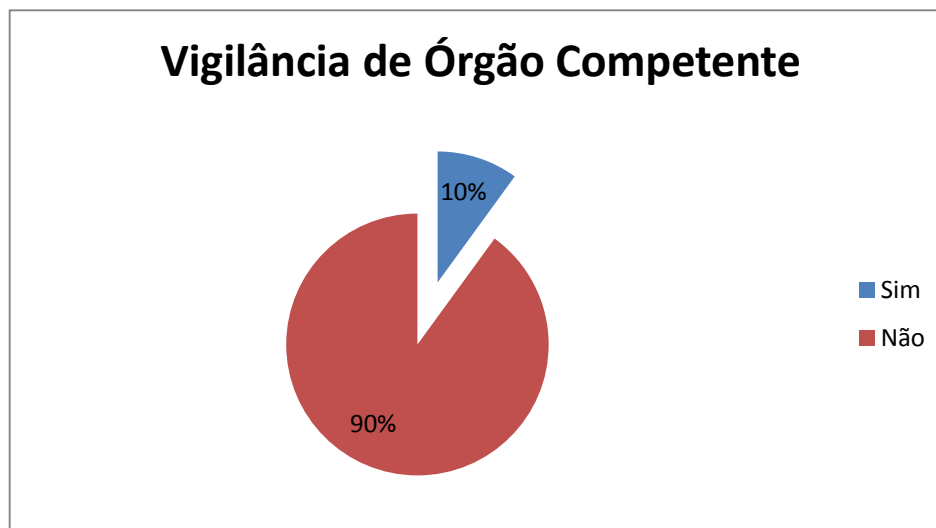
FONTE: PESQUISA DE CAMPO, FACENE-RN 2011

Podemos observar, de acordo com o gráfico 5, que, quando as (os) Enfermeiras (os) foram questionados quanto à aplicação da PNSST na prevenção dos riscos laborais na prática de sua própria assistência, cerca de 90% informaram que aplicam a mesma, enquanto 10% informaram que não a aplica.

A ESF vem tentando vagarosamente, se firmar, no que diz respeito às práticas de saúde referentes ao trabalhador, principalmente em prevenção aos agravos à saúde. Deve-se então, realizar programas de educação em saúde, interligar-se com a vigilância epidemiológica (OHARA; SAITO, 2008).

O desenvolvimento das práticas laborais, muitas vezes, pode trazer agravos à saúde. Melhorar a qualidade de vida do trabalhador nas instituições pode significar um aumento na produtividade, diminuição no absentismo, qualidade do serviço prestado, fidelidade ao funcionário para com a empresa, ou seja, ambos serão beneficiados (OHARA;SAITO, 2008 p.410).

Gráfico 6 – Existência de vigilância de um órgão competente no que diz respeito à capacitação/formação do enfermeiro na PNSST



FONTE: DADOS DA PESQUISA, FACENE-RN 2011

Como podemos observar, o gráfico 6 mostra que, a grande maioria das (os) Enfermeiras (os) entrevistadas (os), o que correspondem a 90%, disseram que não há vigilância de órgão competente para a capacitação/formação do Enfermeiro para a assistência na PNSST.

De acordo com a PNSST, uma das estratégias para uma boa funcionalização dessa política é a realização contínua de eventos, com o propósito de educar/capacitar esses profissionais, para aplicar a política fidedignamente.

Desenvolver um amplo programa de capacitação dos profissionais, para o desenvolvimento das ações em segurança e saúde do trabalhador, abrangendo a promoção e vigilância da saúde, prevenção da doença, assistência e reabilitação, nos diversos espaços sociais onde essas ações ocorrem. Os trabalhadores e representantes dos movimentos sociais responsáveis pelo controle dessas ações também devem estar incluídos nos processos de educação continuada (PNSST, 2004 p. 12).

5.2 ANÁLISE DOS RESULTADOS DA FASE QUALITATIVA

Para a realização da análise sobre o tema em questão, de acordo com a categorização de Minayo, foi necessário o emprego de certas categorias descritas a

seguir: CONHECIMENTO SOBRE A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHADOR (PNSST); COMO O PROFISSIONAL EVIDENCIA A PNSST NA SUA ATUAÇÃO; COMO O PROFISSIONAL APLICA A PNSST NA PREVENÇÃO DOS RISCOS LABORAIS NA SUA ASSISTÊNCIA; EXISTÊNCIA E A FREQUÊNCIA DE UMA VIGILÂNCIA DO ÓRGÃO COMPETENTE PARA CAPACITAÇÃO DO ENFERMEIRO PARA A ASSISTÊNCIA NA PNSST e PARTICIPAÇÃO DO ÓRGÃO COMPETENTE NA EDUCAÇÃO CONTINUADA AO ENFERMEIRO DA ATENÇÃO BÁSICA.

Dessa forma, teve-se o intuito de indagar os entrevistados sobre pontos relevantes que abordam a Política Nacional de Saúde e Segurança do Trabalhador (PNSST), para alcançarmos maior conhecimento sobre o assunto em questão.

De acordo com as categorias citadas acima, foi desenvolvida a análise dos dados, que estar disposta da seguinte maneira: fala dos entrevistados, opinião da pesquisadora e citações de referências.

Como um dos direitos dos entrevistados é o sigilo de suas identidades, foram utilizados tais cognomes, que são nomes populares de borboletas: 88, Capitão-domato, Rosa-de-luto, Seda-azul, Pingos-de-prata, Prepona, Gema, Monarca, Maria-boba e Castanho-vermelha.

5.2.1 Conhecimento sobre a Política Nacional de Saúde e Segurança do Trabalhador (PNSST)

Para introduzir o formulário, procuramos indagar os entrevistados sobre o conhecimento a cerca da PNSST, objetivando, com isso, analisar o nível de conhecimento dos entrevistados.

Os trabalhadores da saúde, não excluindo os da ESF, também se incluem na situação do trabalhador formal, mas com um campo de visão bem pequeno. A vivência no dia-a-dia da Estratégia Saúde da Família (ESF), em relação aos profissionais, pode mostrar-se uma dificuldade em desenvolver atividades as quais fazem parte do programa e também em observar-se a própria saúde, de acordo com as Normas Regulamentares (NR). A população idealiza que, o profissional da saúde é um ser inabalável, não respeitando os seus limites e suas necessidades básicas.

O excesso da demanda, da cobrança do trabalho proporciona desgaste emocional, estresse, desmotivação, causando frustração (OHARA; SAITO, 2008).

As respostas dos entrevistados foram em sua maioria, semelhantes, porém há algumas que divergem das outras.

88, quando questionada (o), sobre seu conhecimento sobre a PNSS responde:

“(...) conheço, não a fundo, mas conheço. É uma política nova, e eu a conheço através de estudo e pesquisa individual, e porque é uma política relacionada a Unidade Básica.”

Capitão-do-mato diz:

“(...) sei que existe, sei que tem o CEREST, porém a fundo mesmo não conheço.”

Rosa-de-luto informa:

“(...) já ouvi falar, mas, a fundo mesmo não.”

Seda-azul informa:

“(...) conheço algo sobre, mas nada aprofundado. O conhecimento vem da Prefeitura Municipal de Mossoró (PMM) com palestras, cursos.”

Pingos-de-prata relata:

“(...) a partir de reuniões e questionamentos feitos na secretaria de saúde.”

Prepona exprime:

“(...) através da leitura e procuro por conta própria e palestras, o CEREST foi o responsável.”

Gema fala:

“(...) já ouvi falar. Reuniões com o pessoal do CEREST, onde foi falado sobre os riscos do não uso de EPI's.

Monarca comunica:

“(...) muito pouco. Reuniões sobre a saúde do trabalhador e o restante por leitura própria.”

Maria-boba diz:

“(...) pra falar a verdade aqui na Unidade, não exerço mesmo. Em caso de acidente a gente encaminha para o Rafael. A gente faz a notificação, liga para o CEREST, e faz os protocolos.”

Castanho-vermelha diz:

“(...) já ouvi falar, mas a fundo mesmo, não. Então desconsidero conhecer.”

Como se pode observar, a maioria das respostas dos entrevistados é bastante parecida, exceto uma minoria, que expõem conhecer a PNSST apenas superficialmente, por palestras, mini-cursos e reuniões realizadas em um turno, os entrevistados mostram-se interessados pelo assunto, porém não têm recursos para que sejam despertados para a importância dessa Política.

O conhecimento do (a) enfermeiro (a) sobre a PNSST é de fundamental importância, pois é com esse conhecimento que esse profissional pode promover, prevenir, tratar e recuperar os trabalhadores, bem como ter uma maior cautela na sua assistência, podendo assim evidenciar e relacionar riscos no trabalho.

Entende-se que, a grande parte dos entrevistados interpreta o CONHECER como OUVIR OU SABER ALGO, sendo que conhecer é bem mais que isso, que pode observar como isso influi, quando comparados o gráfico 4 com essa indagação de resposta subjetiva.

(ALICIA FERNADEZ, [2008]) define conhecimento e saber, como:

“(...) o conhecimento é objetivo, transmissível de forma indireta ou impessoal, podendo ser adquirida através de livros, computadores..., enquanto o saber só é transmissível de modo direto, de pessoa-a-pessoa, sem possibilidade de sistematização.”

5.2.2 Como o profissional evidencia a PNSST na sua atuação

No decorrer do formulário, questionamos sobre a aplicação da PNSST na própria atuação do (a) enfermeiro (a) entrevistado (a), com o objetivo de identificar se o (a) mesmo (a) compreende o que seja evidenciar e se a aplica.

A equipe de saúde é responsável por planejar e articular formas de chamar atenção do grupo, mostrando-lhes a necessidade de obter melhores condições de trabalho, tendo como principal objetivo a qualidade de vida do trabalhador, o que leva a uma melhor qualidade na produtividade (OHARA; SAITO, 2008)

As respostas dos entrevistados foram, no geral, parecidas. Porém, algumas não nos respondiam devidamente como esperávamos.

88, quando indagada sobre como evidencia a PNSST em sua atuação, diz:

“(...) nós temos um trabalho, não como os outros programas, temos várias empresas vinculadas, mas, nada ainda tão eficiente como os outros.”

Capitão-do-mato relata:

“(...) diretamente não. No atendimento geral não, mas sempre que chega alguém tento relacionar a doença com o ambiente de trabalho.”

Rosa-de-luto informa:

“(...) não realizo trabalho junto a equipe. Sei que é importante mas, não desenvolvo nenhum trabalho. No caso de EPI's tento ao máximo incentivá-los, porém a falta é constante.”

Seda Azul relata:

“(...) é bastante difícil pôr em pratica.”

Pingos-de-prata expõe:

“(...) na medida do possível. Há falta de EPI's dos ACS e há bastante resistência dos mesmos.”

Prepona externa:

“(...) oriento sobre o uso de EPI's, principalmente com o pessoal da limpeza. Muitas vezes não há acompanhamento do CEREST com as UBS.”

Gema exprime:

“(...) oriento os trabalhadores. Porque algumas vezes tem e não querem usar, por exemplo, luvas, botas, máscaras, óculos.”

Monarca responde:

“(...) hoje uma das praticas que a gente tem feito após o acidente de trabalho, fazemos a avaliação medica e

encaminhamos para o CEREST que é onde tem o suporte certo.”

Maria-boba diz:

“(…) no uso de EPI’s, de “tá” trabalhando com os EPI’s completos e quando tem. Sei que a parte psicológica também é importante, mas a gente não liga muito pra isso não, é, mas o uso de EPI’s.”

Castanha-vermelha fala:

“(…) praticamente a gente não trabalha a PNSST, quando a gente detecta encaminha para o médico e também trabalho com as fichas do SINAM.”

Observar-se que a maioria dos entrevistados transparece entender que a evidência da PNSST em sua atuação, resume-se apenas na utilização correta dos EPI’s, esquecendo completamente do que a política diz.

A emissão de pareceres e orientações sobre medidas de proteção deve ocorrer na perspectiva de priorizar as medidas coletivas em detrimento das individuais. Deve ser lembrado que a própria legislação estabelece que, para a eliminação ou atenuação de um risco, as medidas adotadas devem obedecer à seguinte hierarquia: medidas de proteção coletiva, medidas de caráter administrativo ou de organização do trabalho e, por ultimo, equipamentos de proteção individual (RIBEIRO, 2008 p. 112).

Entendo que, a PNSST é responsável pelo bom funcionamento mental e corporal dos trabalhadores, bem como de transformar o ambiente de trabalho num local agradável e que o trabalho se torne bem mais produtivo, amenizando possíveis detalhes que deixam o trabalho ocioso o que deixa a mente turbulenta e/ou diminui/prejudica o rendimento, diminuindo os riscos de acidentes de trabalho com o uso correto de EPI e modificando certos posicionamentos que sejam de movimentos repetitivos por várias horas e dias diminuindo assim as possibilidades de problemas ergonômicos.

O artigo 6 da LOS (Lei Orgânica de Saúde) define a saúde do trabalhador como “conjunto de atividades que se destina, através de vigilância epidemiológica e sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho (OHARA; SAITO, 2008 apud BRASIL, 2001 p. 409) .

5.2.3 Como o profissional aplica a PNSST na prevenção dos riscos laborais na sua assistência

Com esse questionamento, objetivamos identificar como os participantes da pesquisa faziam para se proteger dos riscos laborais na sua assistência, tendo como base à PNSST.

No ambiente de trabalho podemos encontrar vários tipos de riscos e várias também são as causas desses riscos, que podem ser aumentados ou evitados por medidas de proteção, no caso, os Equipamentos de Proteção Individual (EPI), que são inerentes ao trabalho. O Ministério da Saúde reúne os riscos ocupacionais em: físicos, químicos, biológicos, mecânicos e de acidentes, ergonômicos e psicossociais (RIBEIRO, 2008).

As respostas obtidas pelos (as) entrevistados (as) foram parecidas, porém algumas não muito convincentes.

88, ao ser questionada responde:

“(...) mais ou menos. Por não ser um trabalho organizado, a gente acaba não exercendo. Mas sempre que se pode, a gente aplica a PNSST.”

Capitão-do-mato diz:

“(...) procuro sempre. No caso de atendimento procuro sempre me cuidar, mas, no que diz respeito ao CEREST, só conheço pelo fato de ter sido acometida por um acidente de trabalho, e com isso fiz todo aquele protocolo.”

Rosa-de-luto informa:

“(...) muitas vezes se vira com o que tem. Muitas vezes, com a falta de EPI’s.”

Seda azul relata:

“(...) EPI’s, nego-me à fazer procedimento caso não os tenha.”

Pingos-de-prata expõe:

“(...) há os termos de normas e rotinas realizadas pela própria iniciativa da enfermeira, no caso, eu. Uso de EPI, descarte de material, orientação de lixo hospitalar, acondicionamento do lixo.”

Prepona fala:

“(...) tento, algumas coisas dão certo. Mas, é difícil, pois o órgão deveria ser mais presente, no caso de poder cobrar. Muitas vezes fico impossibilitada de executar. Muitas vezes os profissionais são incapacitados para o serviço e acabam deixando o serviço bem dificultado.”

Gema exprime:

“(...) sempre que faz os procedimentos, exemplo glicemia, uso luva. Muitas vezes a gente foge dos cuidados, sei que é importante, mas me descuido.”

Monarca relata:

“(...) oriento a equipe. No caso da minha prática eu uso EPI correto e tem que ter a atenção, pois acidente é um momento de desatenção.”

Maria-boba informa:

“(...) só mais quando a gente vai trabalhar com secreção/sangue sim, mas no atendimento do dia a dia comum mesmo não. Quando vai à sala de vacina, na sala de curativo uso sim, no restante mesmo não.”

Castanha-vermelha diz:

“(...) fazendo uso de EPI. Fazendo as notificações em acidentes de trabalho.”

Avaliando as respostas dos entrevistados, pode-se concluir que, os mesmos não expressam ter um conteúdo correto do que venha a ser a prevenção dos riscos laborais partindo do princípio à PNSST. Pôde-se constatar que os mesmos só despertam para o uso do EPI na sua assistência, esquecendo que o ambiente de trabalho tem muito mais riscos do que não são prevenidos com o EPI.

A NR – 32 que diz respeito à segurança e saúde no trabalho em estabelecimentos de saúde foi publicada no anexo I da portaria nº 485 de Novembro de 2005 do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE). Essa impõe a implementação de medidas de proteção à segurança e a saúde dos trabalhadores em saúde, que são definidos como todo e qualquer grupo de profissionais multidisciplinares, que estão reunidos em um estabelecimento que faça promoção, prevenção, recuperação, assistência e pesquisa em saúde, em quaisquer que sejam as complexidades destinadas. Essa Norma Regulamentadora (NR), dispõe que, os riscos para os profissionais em saúde são agrupados em 3 grupos: 1 – biológico, 2 – químico e 3 – radiações ionizantes, e dessa forma nos traz uma vasta lista de normas e rotinas a serem seguidas como medidas de segurança, individualmente descritas a cada grupo supracitado (RIBEIRO, 2008).

A saúde do trabalhador utiliza a “classificação de Schilling” para classificar os agravos relacionados ao trabalho. Essa classificação considera 3 agravos: aqueles em que o trabalho é causa necessária,

aqueles em que o trabalho é um fator contributivo, e aquele em que o trabalho é uma causa concomitante (RIBEIRO, 2008 p. 37).

Desconhecem medidas de prevenção segundo regras da ergonomia que são obrigatórias conforme a NR 17 e visam à adaptação das condições de trabalho, proporcionando o máximo de conforto, segurança e desempenho eficiente (OHARA; SAITO, 2008 p. 406 apud MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO, 2007).

5.2.4 Existência e a frequência de uma vigilância do órgão competente para capacitação do enfermeiro para a assistência na PNSST

Para avaliar o quesito sobre a existência da vigilância do órgão competente diretamente com o enfermeiro para uma possível reciclagem, foi necessário um conhecimento sobre a real obrigação do CEREST e entender o que seria CEREST e RENAST.

Os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), seja o regional ou o estadual, como um todo, são órgãos especializados do SUS que servem como base para as ações em saúde do trabalhador, são responsáveis por todo o universo que abranja a saúde e a segurança dos trabalhadores, inclusive os próprios promotores em saúde.

Já a Rede Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador (RENAST), deve ser articulada entre o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, para assim ser implantadas ações na rede de atenção básica, assim como a Estratégia Saúde da Família (ESF), bem como nas redes de média e alta complexidade (RIBEIRO, 2008).

As respostas dos participantes foram em sua maioria iguais, mudando apenas a forma como foram ditas.

88, quando questionada responde:

“(...) só me lembro de 1. E algumas vezes quando eu peço a ajuda deles.”

Capitão-do-mato diz:

“(...) aqui em Mossoró nunca tive contato com o CEREST e já estou aqui a 3 anos.”

Rosa-de-luto exprime:

“(...) tive apenas uma capacitação. Não é algo rotineiro, uma educação continuada não existe não.”

Seda azul informa:

“(...) nunca recebi visita do órgão.”

Pingos-de-prata relata:

“(...) houve apenas 1 reunião, mostrando o que é o CEREST, para que serve e como os usuários devem ser encaminhados. Capacitação e formação não há. Não há nem visita para adequação de número de EPI's.”

Prepona expõe:

“(...) há mais ou menos 1 ano que o CEREST realizou uma palestra. Na Unidade Básica de Saúde (UBS) mesmo nunca recebemos visita.”

Gema fala:

“(...) no posto não. Eles fazem mini-cursos, seminário. Não muito extenso, mas sempre chamam.”

Monarca relata:

“(...) teve um ou dois encontros, mas numa proporção muito pequena.”

Maria-boba diz:

“(...) acho que durante esse ano todinho só houve uma vez. Isso na minha visão, eles chegam e relatam o que fizeram durante o ano todo e não para mostrar o real papel do CEREST. Eu acho ele muito falho.”

Castanha-vermelha responde:

“(...) eles fizeram uma vez, para conhecer o CEREST, nos mostraram as fichas, mas capacitação da PNSST, não.”

De acordo com todas essas respostas pode-se compreender que, o CEREST está deixando a desejar, no que diz respeito às suas obrigações determinadas em lei. Haja vista, a maioria dos entrevistados se quer relatam sobre o que seja o CEREST e a visita nas UBS praticamente é inexistente.

Entendendo sobre o que diz a PNSST, o que é o CEREST e o que é o RENAST, pode-se identificar uma enorme falha na execução desses órgãos específicos à Saúde e a Segurança do Trabalhador, observa-se como a educação dos mesmos é falha sobre a PNSST. Diante esse problema, ficamos com um questionamento, onde estará o erro? E como esses profissionais que são responsáveis por promover a saúde dos trabalhadores e deles próprios são capazes de tal feito?

(...) Estão entre suas atribuições (CEREST): realizar capacitação da rede de serviços do SUS para atendimento em saúde do trabalhador; realizar investigação de ambiente de trabalho e de acidentes de maior complexidade; prover suporte técnico às ações de vigilância, de média e alta complexidade, de intervenções em ambientes de trabalho, de forma integrada às equipes e aos serviços de vigilância municipal e/ou estadual; prover retaguarda técnica aos serviços de vigilância epidemiológica para processamento e análise de indicadores de agravos à saúde relacionados com o trabalho em sua área de abrangência; desenvolver ações de promoção à Saúde do Trabalhador, incluindo outros setores e instituições, tais como Ministério do Trabalho, da Previdência Social e Ministério Público (RIBEIRO, 2008 p. 113).

(...) São atribuições do Ministério da Saúde na gestão da RENAST: elaborar a política nacional de saúde do trabalhador para o SUS; coordenar a rede; inserir as ações de saúde do trabalhador na atenção básica, hospitalar e vigilância epidemiológica e sanitária; assessorar estados e municípios; definir rede sentinela e rede de laboratórios; definir financiamento e elaborar projetos de lei e acordos de cooperação técnica (RIBEIRO, 2008 p. 68 - 69).

5.2.5 Participação do órgão competente na educação continuada ao enfermeiro da Atenção Básica

Com o intuito de obtermos respostas sobre a educação continuada/permanente dos enfermeiros das UBS, o que é de responsabilidade do CEREST, e é de grande importância esse entendimento, pois para a assistência dos trabalhadores e a implantação da PNSST, que é uma política nova e com isso necessita de uma atenção e uma vigilância maior até que esta esteja plenamente competente para a execução, isso feito o CEREST, tem a função de fiscalizar e acompanhar todo esse processo continuamente.

A Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. A educação permanente se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais. Os processos de educação permanente em saúde têm como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho (BRASIL, 2009 p. 21).

Entendo que uma das competências do CEREST é ser responsável pela educação permanente dos enfermeiros das UBS e pela pesquisa na área de saúde e trabalho na perspectiva de melhorar a situação de saúde do trabalhador bem como de avaliar e analisar o uso de protocolos de atendimento, visando obter a integridade física e mental dos trabalhadores (RIBEIRO, 2008).

Com esse entendimento esperado, questionamos os integrantes da pesquisa o obtemos respostas iguais em essência, modificando apenas a forma de serem ditas.

88, quando indagada, diz:

“(...) ao contrário, eles quem necessitam da gente, eles ligam pedindo “pra” fazer vacina e palestra nas empresas.”

Capitão-do-mato responde:

“(...) até agora não tive contato com o CEREST.”

Rosa-de-luto expõe:

“(...) praticamente não existe. Houve apenas uma reunião com enfermeiros, porém uma rotina, uma sequência não existe.”

Seda azul relata:

“(...) houve alguns momentos, mas não passaram disso. Houve sim momento, mas nada demais, como uma atualização.”

Pingos-de-prata informa:

“(...) não há. Quando há necessidade a própria equipe é quem toma a iniciativa.”

Prepona exprime:

“(...) eu acho muito ausente. Pois o CEREST chega, diz o que se deve ou não fazer e depois some, não há acompanhamento. Na minha opinião deveria ter uma capacitação com toda a equipe da UBS. Ainda hoje há resistência de alguns profissionais. Eu acho que tem que cobrar.”

Gema fala:

“(...) de vim na UBS acompanhar com a gente nunca não. Mas, fazem seminário, cursos ao menos uma vez no ano. São cursos rápidos no máximo um dia. Fazem terapia de grupo para relaxar, alongamento, durante o curso.”

Monarca responde:

“(...) educação continuada não tem. “Pra” mim, educação continuada é algo que é feito cronograma, realizado em datas certas e isso não é feito.”

Maria-boba diz:

“(...) quase nada “né”? Porque durante esse ano todinho a gente só teve uma reunião, muito rápida, mas, educação comigo e acho que com a maioria dos enfermeiros da ESF, não tem não.”

Castanha-vermelha expressa:

“(...) nenhuma. Houve apenas um contato, assim que fui chamada pelo concurso da Prefeitura.”

Ao analisar essas respostas podemos observar que não há educação continuada com os (as) enfermeiros (as) das UBS's, sendo que esses são os responsáveis por colocar em prática a PNSST, na Atenção Básica.

Entendendo que a educação continuada é algo que tem que ser feito sempre, pois saúde é algo muito particular e individual, então, devemos ter um conceito amplo sobre saúde e sobre como analisarmos a situação, principalmente quando se fala Trabalhadores, que estão em meios muitas vezes insalubres e tendo que estar ali.

É necessário que os (as) enfermeiros (as) tenham o seguinte discernimento, que é de sua responsabilidade emitir pareceres e orientações sobre medidas de proteção coletiva, medidas de caráter administrativo ou de organização do trabalho e também de equipamentos de proteção individual (RIBEIRO, 2008).

A saúde do trabalhador é um dos campos da Saúde Coletiva no qual fica clara a necessidade de que as ações de saúde sejam

realizadas em sua integralidade. Todo profissional nessa área pode: executar ações curativas, tratando dos trabalhadores já acometidos; preventivas, propondo medidas ambientais corretivas, modificações no processo produtivo e no ritmo de trabalho, por exemplo, e de promoção da saúde, participando na capacitação e educação dos trabalhadores (...) (DUNCAN;SCHMIDT;GIUGLIANI, 2004 p. 566)

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Política Nacional de Saúde e Segurança do Trabalhador (PNSST), veio para transformar às práticas integradas à saúde do trabalhador, que antes era esquecida pelos profissionais da saúde. Como expressamos no início desse estudo, a saúde do trabalhador datada no século XIX era bastante precária, pois foi nesse período em que a sociedade e alguns profissionais da saúde despertaram para esse lado. Contudo, passaram-se vários anos, para que se pudesse ter uma política voltada apenas para os trabalhadores.

Hoje, a PNSST é definida como um conjunto de práticas implantadas para prevenir e/ou melhorar o campo onde o trabalhador exerce suas atividades diárias, não esquecendo que os próprios promotores da saúde também entram no grupo de trabalhadores acobertados pela PNSST.

A PNSST é resultante de práticas implantadas em todos os níveis de atenção à saúde, seja de baixa complexidade, média complexidade e alta complexidade, como porta de entrada a Atenção Primária como ponta de início para o bom funcionamento da política e a sua reorganização, haja vista que na Atenção Primária os promotores da saúde estão em contato direto e rotineiro com os pacientes/clientes.

Esta pesquisa buscou analisar o conhecimento do enfermeiro da estratégia saúde da família, acerca da Política Nacional de Saúde e Segurança do Trabalhador (PNSST), o qual foi constatado que os profissionais não “conhecem” a fundo essa política. Foi observado que, quando se trata de PNSST, os profissionais da saúde têm em mente apenas o uso de EPI, que não deixa de ser um dos pontos abordados e definidos como obrigação da política, porém a mesma não se resume apenas a isso. É entendido que para trabalhar diretamente com a saúde do trabalhador, como diz na política, o profissional de saúde tenha especialização em Saúde Pública ou no mínimo 2 anos de atuação em saúde do trabalhador, com isso, deduz-se que esse profissional detém de conhecimentos específicos e apurados para tal trabalho, e que esses conhecimentos deveriam ser implantados principalmente em sua própria execução de trabalho.

O que mais chamou atenção nessa pesquisa foi que, os enfermeiros entrevistados além de não deterem conhecimentos básicos e necessários sobre a política, o mínimo de conhecimento que os mesmos têm não os aplicam, e dessa

forma mostram-se incapazes de conduzirem algo sobre a PNSST aos pacientes que procurem por esse atendimento e até sua própria proteção. Houve também um despertar para um possível comodismo por parte dos enfermeiros entrevistados, que pode ser entendido pela grande quantidade de trabalho e muitas responsabilidades exercidas por estes ou pode não ser compreendido, pois esse obrigatoriamente necessita destes conhecimentos.

Essa pesquisa foi de grande importância para a pesquisadora participante, pois, a idéia de realizar uma pesquisa nesse contexto surgiu de uma constante inquietação da mesma. Após ser realizada a pesquisa a pesquisadora participante chegou à conclusão que a mesma já esperava, onde os entrevistados não conheciam efetivamente a PNSST e dessa forma não cooperavam para a implementação da mesma.

Há também grande contribuição para o meio acadêmico onde esta estará exposta para todo e qualquer acadêmico que desejar buscar algo nessa pesquisa, e observará o quanto defasado está a aplicabilidade das políticas de saúde impostas pelo SUS.

Diante do acima exposto, entendeu-se o quão é difícil a implementação da PNSST, haja vista, os responsáveis por isso não tem o conhecimento necessário e os órgãos competentes para a efetivação da mesma não atuam fidedignamente. Dessa forma, fica a indagação de quem realmente é o atraso, dos órgãos competentes ou do comodismo dos enfermeiros da UBS.

De acordo com o que foi supracitado, é importante ressaltar que para uma boa efetivação e implementação da PNSST inicia-se pelos gestores os quais são responsáveis e deveriam ter um conhecimento de tal feito, onde se faz necessário capacitar os profissionais dos órgãos competentes para que esses estejam aptos à repassar conhecimentos aos demais profissionais da saúde, inclusive aos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família; é necessário que haja uma modificação na forma de realizar palestras, tornando-as atrativas ao público alvo; oferecer um elo à todos os níveis da saúde com o órgão competente fazendo com que haja efetivamente um fluxograma conhecidos por todos e principalmente realizar capacitações voltadas para a PNSST, mostrando a política em si, como ela atua, princípios, objetivos e num tempo periódico determinado realizar novos encontros para observar se está sendo empregada e se está tendo os resultados esperados, caso não haja, observar onde estão os erros e procurando resolve-los.

REFERENCIAS

ALVES, Roberta Belizário. Vigilância em saúde do trabalhador e promoção da saúde: aproximações possíveis e desafios. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2003, vol.19, n.1, pp. 319-322. ISSN 0102-311X. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n1/14934.pdf> >. Acesso em: 05 abr. 2011.

ANDRADE, Maria Margarida de. **Introdução a metodologia do trabalho científico**. 7. Ed. São Paulo: Atlas S.A, 2007.

BECK,C.L.C., et al. **Fatores que favorecem e dificultam o trabalho dos enfermeiros nos serviços de saúde**. Esc Anna Nery [online], v.3, n.14, p. 490-495, 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 abr. 2011.

BRASIL. Portal da Saúde, Ministério da Saúde, Série Pactos pela Saúde. **Política de Educação Permanente em Saúde**. 1ª ed Brasília – DF, v.9 p. 01 – 65, 2009. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume9.pdf>. Acesso em: 01 dez 2011.

BRASIL.Portal da Saúde, Ministério da Saúde. **Sobre a Saúde do Trabalhador**. Disponível em < http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=30426&janela=1 >. Acesso em: 05 abr. 2011.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução 311/07 do Conselho Federal de Enfermagem. **Dá novo código de ética do profissional de enfermagem**. Disponível em: < <http://site.portalcofen.gov.br/node/4158> >. Acesso em: 11 maio 2011.

DUNCAN, B.B., SCHMIDT, M.I., GIUGLIANI, E.R.J. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 3 ed. Porto Alegre, editora Artmed, 2004.

FERNANDEZ, A., Distinguindo o Saber, o Conhecer e a Informação. **Psicologia educacional: Alguns Textos Esparsos** [online]. Disponível em: < <http://www.neaad.ufes.br/subsite/ipsicologia/obs10distinguindo.htm> > Acesso em: 17 nov. 2011.

FERRARI, R.A.P., THOMSON, Z., MELCHIOR, R. Estratégia da Saúde da Família: Perfil dos médicos e enfermeiros, Londrina, Paraná. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde** [online]. Disponível em: < <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminabio/article/view/3558/2872> > Acesso em: 21 nov. 2011.

FIGUEIREDO, N.M.A de, **Ensinando a Cuidar em Saúde Pública**. 1 ed. São Caetano do Sul, SP. Yedis editora, 2008.

GIL, A.C. **Como elaborar Projetos de Pesquisa**. 5. ed. São Paulo, editora Atlas, 2010.

GOMEZ, Carlos Minayo and LACAZ, Francisco Antonio de Castro. Saúde do trabalhador: novas-velhas questões. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2005, vol.10, n.4, pp. 797-807. ISSN 1413-8123. Disponível em: < <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v10n4/a02v10n4.pdf> >. Acesso em: 05 abr. 2011.

MACHADO, Jorge Mesquita Huet. A propósito da Vigilância em Saúde do Trabalhador. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2005, vol.10, n.4, p. 987-992. ISSN 1413-8123. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n4/a21v10n4.pdf> > Acesso em: 05 abr. 2011.

MARCONI,M de A.; LAKATOS,E,M. **Fundamentos de metodologia científica.** 6 ed. São Paulo, editora Atlas, 2007.

MARTINS,C. et al. Perfil do Enfermeiro e necessidades de desenvolvimento de competências profissional. **Texto e Contexto Enfermagem**, v.15 n.03, p. 472 – 478, jul./set. 2006.

MEDEIROS,R.S., **Concepções dos trabalhadores acerca do conhecimento e prática da educação em saúde dos profissionais.** 49f. Monografia (Graduação de Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró/RN, Mossoró, 2010.

MENDES,R;DIAS,E.C., Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo. v.25, n.5, p.341-349, 1991.

MINAYO,M.C de S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 12^a.ed. São Paulo. editora hucitec, 2010.

NOGUEIRA,D.P. Incorporação da saúde ocupacional à rede primária de saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo. v.18, p.495-509, 1984.

OHARA, E.C.C.; SAITO,R.X.S. **Saúde da Família: considerações teóricas e aplicabilidade.** São Paulo. Martinari, 2008.

RIBEIRO,Maria Celeste Soares,. **Enfermagem e Trabalho: fundamentos para a atenção à saúde dos trabalhadores.** 1 ed. São Paulo. Martinari, 2008.

SOUZA,M.T. A Saúde do Trabalhador do SUS. **Saúde Coletiva**, v.07, n.41, p. 134, 2010.

XIMENES NETO,FRG. Política econômica dos anos 1990 e suas influências na precarização dos trabalhadores na atenção primária à saúde na contemporaneidade. **Saúde Coletiva**, v.07, n.41, p.152-156, 2010.

WIKIPÉDIA **a enciclopédia livre** [online]. Disponível em: <
<http://pt.wikipedia.org/wiki/Casamento> > Acesso em: 22 de nov. 2011.

APÊNDICES

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esta pesquisa é intitulada “Avaliação de Enfermeiros da Estratégia Saúde da Família (ESF) no município de Mossoró-RN acerca da Política de Saúde e Segurança do Trabalhador (PNSST)”. Está sendo desenvolvida por Rayssa Sibéria de Alexandria Arnaud Rique, pesquisadora 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.Esp.Verusa Fernandes Duarte. A pesquisa apresenta os seguintes objetivos, geral: analisar o conhecimento do enfermeiro da estratégia saúde da família, acerca da Política Nacional de Saúde e Segurança do Trabalho (PNSST); os específicos: caracterizar a situação profissional dos enfermeiros entrevistados; identificar se há órgãos competentes para a Educação Continuada sobre saúde e segurança do trabalhador especificamente para os enfermeiros das Unidades Básicas de Saúde; avaliar o conhecimento dos enfermeiros sobre os riscos laborais de exposição no seu ambiente de trabalho.

Diante de inquietações surgidas a partir do estágio das várias disciplinas estudadas no decorrer do curso, o qual me proporcionou vivenciar a teoria x prática, e me deparar com a pouca assistência prestada ao trabalhador, onde observei algumas dificuldades na implementação do PNSST a essa população. Acredito que a existência desta pesquisa é de grande relevância devido a escassez de literatura sobre a temática; como também contribuir para a academia e também para a enfermagem na abordagem ao trabalhador, como fundamental relevância sua implantação ao serviço, onde este se caracteriza como porção da população economicamente ativa.

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 um formulário, o (a) senhor (a) responderá a algumas perguntas relacionadas ao projeto. Os (as) mesmos (as) 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 (as) entrevistados (as) serão mantidos em sigilo.

A sua participação na pesquisa é voluntária e, portanto, o (a) senhor (a) não é obrigado (a) a responder ou fornecer as informações solicitadas pela pesquisadora. 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 a pesquisadora participante Rayssa Sibéria de Alexandria Arnaud Rique, pelo telefone 8722-4099, 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 pelas pesquisadoras.

Mossoró-RN, ____ de _____ de 2011.

Prof^a Esp. Verusa Fernandes Duarte
Pesquisadora Responsável

Assinatura do Entrevistado

APÊNDICE B**INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS****1 Parte I – Caracterização da amostra**

a) Escolaridade:

- Superior
 Pós-graduação/Especialização
 Mestrado
 Doutorado

c) Idade:

d) Estado Civil:

2 Parte II

a) Você conhece a PNSST?

- Sim Não

Porquê?

b) Na sua atuação na ESF, como você evidencia a PNSST?

c) Você aplica a PNSST na prevenção dos riscos laborais na prática de sua assistência?

- Sim Não

Como?

d) Existe vigilância de órgão competente para a capacitação/formação do enfermeiro para a assistência na PNSST?

Sim Não

Com que frequência?

e) Qual a participação do órgão competente na educação continuada ao enfermeiro da Atenção Básica?

ANEXO