

AÇÕES DO CAMPO DA SAÚDE DO TRABALHADOR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: A TELESSAÚDE ENQUANTO DISPOSITIVO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

Luiz Carlos Brant – Universidade Federal de Minas Gerais
Solange Cervinho Godoy - Universidade Federal de Minas Gerais
Eliane Marina Palhares Guimarães - Universidade Federal de Minas Gerais
Letícia Jordão Garcia - Universidade Federal de Minas Gerais

RESUMO

Buscar estratégias inovadoras de formação para a inserção da Saúde do Trabalhador no âmbito da Atenção Primária em Saúde (APS) significa reafirmá-la como “porta de entrada” para o SUS, articular saberes e compreender a complexidade da integração de ações individuais e coletivas, curativas e preventivas, assistenciais e educativas. A telessaúde, entendida como a incorporação de tecnologias informacionais e comunicacionais (TICs) para prestação de serviços de saúde, tem sido apontada como um recurso de elevada resolubilidade e de baixo custo para requalificação, consultoria técnica (segunda opinião) e Educação Permanente em Saúde (EPS) no âmbito do SUS. O presente trabalho tem por objetivo identificar e analisar os cenários e desafios acerca da inserção de serviços do campo da Saúde do Trabalho no âmbito da Atenção Primária em Saúde tendo como instrumento as tecnologias informacionais e comunicacionais. Do ponto de vista metodológico, optamos pelo ensaio teórico-conceitual. Sua força, apesar de não estar atrelada ao rigor metodológico, como acontece na produção científica, está na capacidade reflexiva para compreender a realidade. Constatamos que a telessaúde como estratégia para a inserção de ações da Saúde do Trabalhador na APS opera um processo de desterritorialização e reterritorialização, modificando assim, a concepção de localidade e as relações de forças institucionais. Esse processo implica na abertura de linhas de interatividade entre os profissionais da saúde que podem seguir paralelamente ou se encontrarem, estabelecendo conexões organizadas em torno de interesses ou finalidades comuns. Possui ainda capacidade para conectar múltiplos profissionais e diferentes instituições. Forja novas práticas discursivas e contribui para a produção de novas subjetividades, construindo, desconstruindo e reconstruindo o *setting* ocupacional no cotidiano das ações de saúde. Concluímos que avanços que a telessaúde tem proporcionado não apenas à APS, mas ao Sistema Único de Saúde em suas articulações intersetoriais, notadamente, com a Saúde, Trabalho, Educação e Ciência e Tecnologia. Por fim, consideramos que é fundamental não apenas a articulação entre os campos da saúde e da educação, mas também o desenvolvimento de novos recursos institucionais, pedagógicos e tecnológicos. Sobretudo, é necessário que os serviços de saúde apropriem-se melhor e possam explorar a telessaúde em toda a sua potencialidade, não apenas como produto de novas tecnologias, mas estratégia para a viabilização de modos mais saudáveis de vida e estímulo para o exercício da cidadania.

Introdução

Alguns profissionais que atuam nos serviços de saúde - unidades básicas ou de média e alta complexidade - acreditam na existência de uma cartografia que demarca as fronteiras para a realização de cuidados. Pensam que dessa maneira estariam organizando o processo de trabalho, segundo as políticas do Sistema Único de Saúde (SUS). Ilusão e equívoco, pois caminham na direção contrária da atenção integrada. Poucos reconhecem que os limites dessas esferas são moveáveis, mutáveis e caleidoscópicas. Algumas ações são passíveis de delineamentos mais claros para intervenções; outras, por situarem-se numa zona de convergência, têm remetidos esses profissionais a grandes dúvidas. Essas situações sinalizam a necessidade de formação para essa força de trabalho, conforme proposição da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (Brasil, 2007).

Refletimos criticamente as situações que envolvem a inserção das ações – prevenção, promoção, proteção, assistência, diagnóstico, tratamento, reabilitação e vigilância – da Saúde do Trabalhador na atenção primária. Partimos do princípio que a Saúde do Trabalhador é um campo ainda instituinte. Do ponto de vista da produção teórica, os vetores de forças transversais no seu interior vêm possibilitando avanços consideráveis, particularmente no que tange à problematização de conceitos hegemônicos herdados da medicina do trabalho e da saúde ocupacional. Sob a ótica da intervenção, são grandes os desafios uma vez que as forças de atravessamento, fortemente arraigadas, dificultam a efetiva participação de usuários e de profissionais da saúde, principalmente, nas situações que implicam em transformação do processo de trabalho. Já os desafios técnicos se constituem em torno de justificativas que tendem a caracterizar a assistência e mais veementemente a vigilância como instâncias específicas de especialistas.

Buscar estratégias inovadoras de formação para a inserção da Saúde do Trabalhador no âmbito da Atenção Primária em Saúde (APS) significa reafirmá-la como “porta de entrada” para o SUS, articular saberes e compreender a complexidade da integração de ações individuais e coletivas, curativas e preventivas, assistenciais e educativas. Isto implica na instauração, reorganização ou transferência de ações do campo da Saúde do Trabalhador para a esfera da atenção primária, ampliando assim o acesso e a resolubilidade nos serviços. Significa ainda reforçar os princípios doutrinários deste campo teórico e de práticas e de assegurar os processos de integração e de articulação com os demais níveis do Sistema; garantindo a integralidade (BRASIL, 2006; 2012).

Temos como pressuposto que a APS constitui uma estratégia de gestão do SUS no âmbito local e que a inserção das ações da Saúde do Trabalhador nessa esfera exige requalificação da força de trabalho e negociação com os profissionais da APS. Deparamos, então, com dificuldades de várias ordens, entre elas distâncias geográficas e elevados custos de deslocamentos; bem como desafios que não são apenas técnicos, mas das relações de poder, uma vez que tal inserção implica nas “ações de alguns sobre as ações de outros” (FOUCAULT, 2010, p. 278).

Seria precipitado relacionar as dificuldades de formação apenas à situação dos profissionais atuarem em cidades de pequeno porte, particularmente, em localidades geograficamente distantes das grandes instituições de ensino. De forma semelhante, seria prematuro afirmar a existência de isolamento em relação às inovações tecnológicas e aos

avanços conceituais da profissão devido a problemas de acesso às tecnologias digitais. Isso não significa dizer que as dificuldades de conectividade não existam. Partindo do princípio que a inserção dessas ações implica em relações de poder, inicia-se, portanto, um processo de capacitação identificando e discutindo as estratégias de resistência dos profissionais da saúde.

No Brasil, desde a última década do século passado, estes profissionais vêm se constituindo com um dos maiores contingentes da força de trabalho do setor de serviços, cuja atuação na APS é de elevada complexidade. Situação que exige o domínio de novas competências técnicas e constantes transformações no processo de trabalho. Nesse contexto, a telessaúde apresenta-se como uma estratégia adequada, pois segundo Guimarães *et al* (2006), ela permite a disponibilização de temas das ciências da saúde, seguida de discussões e problematizações para um grande número de trabalhadores situados em diversas regiões, sem seu o deslocamento, com custos comprovadamente baixo.

A telessaúde, entendida como a incorporação de tecnologias informacionais e comunicacionais (TICs) para prestação de serviços de saúde, tem sido apontada como um recurso de elevada resolubilidade e de baixo custo para requalificação, consultoria técnica (segunda opinião) e Educação Permanente em Saúde (EPS) no âmbito do SUS. Enquanto tecnologia possibilita ainda articulações entre formação, gestão e atenção, além de permitir a participação social. Isso significa dizer que ela possibilita “atenção integrada” favorecendo comunicações efetivas acerca de eventos clínicos, riscos, referência e contra referência, em tempo real, entre os profissionais envolvidos no fazer em saúde (OPS, 2005).

As TICs caracterizam-se por horizontalizar e por tornar mais rápida a informação, por meio da digitalização e da comunicação em redes, para facilitar a sua transmissão e a sua captação entre os autores do processo comunicativo. Apresentam-se, portanto, como um sistema filosófico hipertextual, icônico e interativo. Devem ser consultadas de maneira interativa na *web* e servir de plataforma de orientação para ensino, pesquisa e extensão.

O emprego das TICs pode contribuir tanto positivamente para a inserção das ações do campo da Saúde do Trabalhador na APS como fragilizar os princípios que o legitimam como campo teórico e de intervenção, construído ao longo das últimas três décadas. Portanto, as TICs não são apenas instrumentos de mediação, mas dispositivos, construindo relações estreitas entre poder e saber, produzindo novos modos de viver e de trabalhar.

O presente trabalho tem por objetivo identificar e analisar os cenários e desafios acerca da inserção de serviços do campo da Saúde do Trabalho no âmbito da Atenção Primária em Saúde tendo como instrumento as tecnologias informacionais e comunicacionais.

Do ponto de vista metodológico, optamos pelo ensaio teórico-conceitual. Sua força, apesar de não estar atrelada ao rigor metodológico, como acontece na produção científica, está na capacidade reflexiva para compreender a realidade. Em tempos de especialização crescente do conhecimento, da velocidade, como novas técnicas são criadas, novas estruturas racionais são apresentadas e uma indústria cultural e intelectual faz com que a atualidade do ensaio seja anacrônica. Há associação indevida do ensaio como produtor de conhecimento estruturado, devido à expansão da produção de informações e pseudoconhecimentos, incentivados pela indústria cultural e intelectual (MENEGETTI, 2011).

Telessaúde: desterritorialização e reterritorialização

A telessaúde como estratégia para a inserção de ações da Saúde do Trabalhador na APS opera um processo de desterritorialização e reterritorialização, modificando assim, a concepção de localidade e as relações de forças institucionais. Esse processo implica na abertura de linhas de interatividade entre os profissionais da saúde que podem seguir paralelamente ou se encontrarem, estabelecendo conexões organizadas em torno de interesses ou finalidades comuns. Nessa perspectiva, a telessaúde não se configura como rede, uma vez que ela não se prende a esquemas, unidades ou eixos previamente estabelecidos; ela estaria mais próxima da noção de rizoma, segundo Deleuze e Guattari (1995).

A possibilidade de enraizamento em diversos territórios faz com que a telessaúde possa ser vista sob a perspectiva rizomática. O seu surgimento ocorre em espaços não preestabelecidos e transita por realidades essencialmente heterogêneas. Portanto, o crescente número de conexões, as mudanças abruptas de rumos e a urdidura de complexos atrelamentos permitem a caracterização da telessaúde como um rizoma. A telessaúde porta em sua lógica “multiplicidade de transformação” de dimensões crescentes segundo o número de conexões transversais que se estabelecem fazendo aumentar seu território de abrangência.

A reterritorialização na APS instaurada pela telessaúde permite ao trabalhador (emissor e/ou receptor) situar-se em territórios – ampliados, caleidoscópicos – que abarcam o sentido de espaço vivido, não apenas geográfico, expandindo assim o conceito de localidade. Segundo Paim (2006), é necessário entender a localidade não apenas como território em si, mas o território-processo ou o território utilizado. Nesse sentido, localidade é entendida, portanto, como uma instância que leva em conta a interdependência e a inseparabilidade entre a materialidade, que abarca a natureza e o seu uso, incluindo ações humanas como trabalho e política. Portanto, a telessaúde articula diferentes atores destinando a todos um lugar de protagonismo na condução de sistemas de saúde.

Nessa perspectiva, qualquer lugar onde o profissional da saúde se encontre, ele não está isolado diante de uma tela, como alguns imaginam. Com a telessaúde, impõe-se uma nova ordem espacial (cyberespaço) para as ações de saúde. Cada ponto conectado (uma Unidade Básica de Saúde, por exemplo), pode interagir com a totalidade sociotécnica do campo, permitindo problematizações e respostas sobre esse todo. Essas mudanças – grandes ou pequenas, rápidas ou lentas, próximas ou distantes – são dirigidas para outros pontos conectados, configurando uma grande comunidade discursiva.

A telessaúde tem capacidade para conectar múltiplos profissionais e diferentes instituições. Forja novas práticas discursivas e contribui para a produção de novas subjetividades, construindo, desconstruindo e reconstruindo o *setting* ocupacional no cotidiano das ações de saúde. Nesse cenário tecnológico, interessa-nos refletir criticamente a inserção das ações de Saúde do Trabalhador no âmbito da APS, mediada pela telessaúde.

Desafio teórico: produção e reprodução

O campo da Saúde do Trabalhador constrói suas primeiras bases teóricas e metodológicas, a partir dos anos 70 do século passado, configurando uma prática social instituinte, que se propõe a contribuir para a transformação da realidade de saúde dos trabalhadores (DIAS, 1994). No início da década seguinte, os esforços são grandes para a criação dos Programas de Saúde dos trabalhadores, um movimento com forte conotação político-ideológico (Lacaz, 1997; Minayo-Gomez, 2011). É exatamente na dimensão instituinte deste campo que problematizamos a escolha das TICs para a inserção das ações de Saúde do Trabalhador na APS. Considerando que a Saúde do trabalhador se posicionando de forma crítica, reflexiva e propositiva, a implementação de suas ações na APS implica no enfrentamento de um desafio: a requalificação e a politização de uma força de trabalho cuja formação básica ocorreu, essencialmente, sob a ótica do paradigma biomédico.

As TICs como estratégias para essa capacitação podem resultar em produção ou reprodução de práticas. Os atores institucionais envolvidos com a telessaúde podem mobilizar vetores de forças tanto instituintes como instituídas. Dependendo do momento institucional, a capacitação dos trabalhadores pode agregar elementos capazes configurar ações que contribuam para o fortalecimento de forças instituintes do campo da Saúde do Trabalhador ou de provocar retrocessos ao paradigma anterior, ou seja, um retorno à saúde ocupacional.

A utilização da telessaúde nesta requalificação exige conhecimento acerca da articulação de forças instituintes e instituídas presentes nas instituições saúde, educação e trabalho. Organizar esse conhecimento não significa apenas identificar os vetores instituídos e instituintes no interior de um determinado estabelecimento (Unidade Básica de Saúde, Pronto Atendimento ou Centro de tecnologia computacional), que são unidades menores, equivocadamente chamadas de instituições. O emprego de um dispositivo sem informações sobre o contexto de seus acordos institucionais pode produzir o favorecimento de um ou outro vetor de força que compõe as relações de poder. Reconhecemos que estes estabelecimentos são partes de organizações maiores, de elevada complexidade, por exemplo, os Ministérios da Educação, da Saúde e da Ciência e Tecnologia. Portanto, tantos os estabelecimentos quanto às organizações concretizam e efetivam diretrizes que as instituições enunciam.

As instituições regulam e caracterizam as atividades humanas, impõem prescrições – especificam o que deve ser e o que não deve ser – evidenciam o que está proscrito e o que é indiferente, pronunciando sempre valorativamente. É neste cenário que somos demandados para atuarmos na requalificação de profissionais da saúde. A não problematização de nossa posição (*Ethos*) no que tange aos “acordos” que estabelecemos com essas instituições, pode fazer com que passemos das forças instituintes para as instituídas e vice-versa, sem que percebamos. A educação em saúde, mediada por novas tecnologias aumenta a flexibilidade institucional, possibilitando tanto descontinuidades e rupturas (novas configurações de forças) como maior controle sobre os trabalhadores e suas produções. Dessa forma, a telessaúde constitui uma instância produtora/reprodutora de sentidos.

Desafios da educação permanente em saúde

Uma vez que a Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2006) estabelece que os serviços da APS desenvolvam ações de Saúde do Trabalhador, pressupõe-se a existência de

um potencial desses serviços para assumir um empreendimento dessa envergadura. Dado a sua capilaridade e a organização local do Sistema, a APS no cenário nacional não é homogênea. Ao contrário, comporta multiplicidades de ações e de limites de acordo com as realidades locais. Portanto, a capacidade técnica para identificar as necessidades de saúde da população adscrita no território e a sua correlação com as atividades produtivas – ação paradigmática do campo da Saúde do Trabalhador – necessita ser avaliada pelas instâncias responsáveis por essa inserção.

Com os avanços da telessaúde é possível para as áreas técnicas estaduais e municipais de Saúde do Trabalhador e Centros de Referência de Saúde do Trabalhador (CEREST) não apenas acompanharem as ações de Saúde do Trabalhador na APS, mas construir coletivamente relações técnicas e pedagógicas para fazê-las evoluírem de acordo com a realidade local. Contudo, podem ocorrer situações em que o próprio profissional da APS exerça regulação sobre o seu exercício profissional, identificando iatrogenias e problematizando o “acompanhamento” recebido. Nesses casos, a Educação Permanente em Saúde poderá abarcar transformações nos processos de trabalho capazes de inserir na APS ações até então consideradas como pertencentes apenas ao campo da saúde do trabalhador. Entretanto, é preciso ter claro que o imperativo “atuar como apoiadores técnicos e pedagógicos” implica em relações de produção e de significação, portanto, em complexas relações de poder.

A escolha da Educação Permanente em Saúde como fundamento, com vistas à inserção dessas ações, se faz em reconhecimento ao seu caráter de atividade educativa articulada com a atenção à saúde, com a gestão, com o controle social e, em última instância, comprometida com a transformação do processo de trabalho, levando em consideração o caráter educativo do próprio trabalho, concebido não apenas no seu sentido instrumental, mas também como espaço de problematização, diálogo e construção de consensos para melhoria da qualidade da atenção à saúde (Paim, 2002; Ceccim & Feuerwerker, 2004; Ceccim, 2005); o seu embasamento na pedagogia transformadora e emancipatória de Paulo Freire – aprendizagem significativa e problematização – a busca pela transformação da realidade social e a valorização do saber produzido pelo conjunto dos trabalhadores no cotidiano laboral.

A Educação Permanente em Saúde (EPS) na busca de mudanças, a partir de demandas e necessidades do conjunto dos trabalhadores, constitui um grande desafio, pois tem como meta a transformação do processo de trabalho. Esse desafio pode ser minimizado nos casos em que a EPS adota a videoconferência temática e teleconsultoria como estratégias. A escolha dessas tecnologias se faz em função da possibilidade de abordar articuladamente questões do trabalho e da educação na saúde com baixo impacto nos custos do Sistema; promover a integração entre as instituições de ensino e os serviços de saúde separadas por grandes distâncias geográficas e de difícil acesso; maximizar a resolubilidade, minimizar os custos, transformar o processo de trabalho por meio de teleconsultorias (segunda opinião para casos clínicos especializados, consultorias no âmbito da gestão e da vigilância), evitando deslocamentos de paciente e de gestores para os grandes centros urbanos e viabilizar a interação entre profissionais da saúde e entidades de classe; acesso a informações e abordagens pedagógicas problematizadoras; favorecendo assim a organização coletiva dos trabalhadores.

Videoconferência temática: estratégia e desafio

A inserção de ações de Saúde do Trabalhador exige capacitação da força de trabalho atuante na APS, independentemente do nível de escolaridade, ainda que utilizem protocolos, linhas de cuidado e outros instrumentos que favoreçam a integralidade, conforme portaria n. 2.728 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2009).

Estamos de acordo com Chiavegatto (2010) ao afirmar que a capacitação de profissionais de nível superior na atenção primária para o desenvolvimento de ações do campo da Saúde do Trabalhador deve priorizar os seguintes temas: 1) diagnóstico e tratamento de agravos relacionados ao trabalho; 2) funcionamento da rede de atenção à saúde do trabalhador; 3) vigilância em Saúde do Trabalhador; 4) papel dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador; e 6) direitos previdenciários e trabalhistas.

Entretanto, alertamos para a importância da capacitação de trabalhadores de nível médio que atuam diretamente na prestação de cuidados em saúde – *mid-level health workers*, conforme definição da Organização Mundial de Saúde (OMS). Levamos em consideração não apenas o grande número de técnicos de nível médio e seus diferentes níveis de escolaridade, mas também problematizamos as diversas formas de vinculação empregatícia do SUS e em outros setores da sociedade.

Nestas esferas, ao longo da década de 90, proliferaram os contratos informais de trabalho e o não pagamento, por muitos empregadores, dos encargos sociais de sua responsabilidade, privando os trabalhadores de direitos garantidos por lei, como férias, Fundo de Garantia de Tempo de Serviço (FGTS), licenças, décimo terceiro salário e aposentadoria. Sem essa proteção, esses profissionais permanecem à mercê da instabilidade político-partidária e diferenças entre governos que se sucedem no poder, tão presentes na realidade dos municípios brasileiros (OPAS, 2002).

Não capacitar estes profissionais “significa privilegiar os mais privilegiados e desprivilegiar os menos privilegiados”, segundo Bourdieu (1989, p.10). Exatamente por reconhecer os diferentes escopos de atuação desses trabalhadores e as suas contribuições para a inserção de ações de Saúde do Trabalhador na APS, a capacitação de Agentes Comunitários de Saúde pode também ser mediada por tecnologias computacionais e comunicacionais.

Levando em consideração a ampla heterogeneidade, não apenas em termos de escolaridade, mas também cultural e social dos recursos humanos atualmente envolvidos na APS e a nossa experiência na capacitação de trabalhadores para SUS, concluímos que a videoconferência temática apresenta-se como uma estratégia adequada. Com essa tecnologia buscamos criar estratégias para uma efetiva capacitação interativa, desenhando com eles os primeiros passos de horizontes emancipatórios em que se anuncia um paradigma emergente (SANTOS, 2000).

A videoconferência como dispositivo de produção social (de valores, de relações de poder, de afetos e de capacitação) pode ser definida como integração, em tempo real e

sincronicamente, que recebe e envia áudio e vídeo de qualidade, entre um ou mais pontos de conexão cujo objetivo é a comunicação e a interatividade.

Esse contato pode ocorrer por meio de áudio, textos, imagens, animação e vídeos, sendo a forma mais simplificada a transmissão entre duas posições. O formato mais sofisticado fornece a transmissão de imagens em vídeo e áudio de alta definição entre múltiplas posições. Embora a sua utilização, durante um longo tempo se ateu ao âmbito de empresas de grande porte da iniciativa privada, na atualidade, o seu emprego é maior na área da educação.

A videoconferência pode desencadear, portanto, um processo técnico-político (Matus, 1997) capaz de transformar a realidade institucional, no nosso caso, a inserção da saúde do trabalhador na APS. Considerando que toda transformação é possível, desde que haja processos de resistência em curso, a videoconferência constitui-se também como estratégia de resistência em relação ao instituído. Onde há poder, a resistência se faz presente como enfrentamento e transformação de forças de acordo com Foucault (2006, 1979). Dessa forma, ela funda novas relações de poder, que por sua vez, abrem possibilidades de novas formas de resistência, contribuindo para o avanço da produção do saber e para a transformação do processo de trabalho. Toda e qualquer inserção modifica os “jogos de poder”, pois implica entrar no domínio do outro. Esse domínio pode ser expressão de conquista de novos territórios ou, o contrário, submissão.

Atendo-nos ainda à esfera biopolítica, reconhecemos que a videoconferência como dispositivo de capacitação é produtora também de novas subjetividades – capacidade de criar e de controlar novos modos de lidar com o corpo, de relacionar com o outro e de trabalhar. Se desde o Relatório Flexner, a ênfase no biológico, no somático e no físico e a formação focada nas técnicas constituíram *locus* privilegiados não apenas para cuidados, mas também para controle da vida em sociedade, torna-se imprescindível perguntarmos o que queremos obter com a videoconferência temática?

“Cada sociedade veste a roupa de seu tempo”, afirma Santos (2005, p. 82). Na contemporaneidade, os sistemas e informação *sociocyber* configura indumentárias com um leque de variedade capaz cobrir necessidades de várias ordens. No campo da saúde, a videoconferência temática não é moda, mas uma estratégia consistente, compatível com o estágio atual de nossa sociedade, possibilitando adequação e organização do conteúdo às especificidades dos profissionais da saúde e às suas realidades locais; incorporação de níveis de complexidade crescente no âmbito de cada videoconferência e entre as seguintes; posicionamentos críticos sobre a própria atuação (em consonância com a temática abordada) e sugerir linhas de ação que contemplem atividades da Saúde do Trabalhador e suas discussões na videoconferência.

A eleição pelos trabalhadores das temáticas a serem abordadas nas videoconferências como estratégia para viabilizar a inserção das ações de Saúde de Trabalhador APS exige que se produza, anteriormente, uma discussão acerca do conjunto idéias, imagens e percepções sobre essa incorporação e negociações na busca de consensos, jamais imposições. Ainda que se faça essa discussão com base no texto da Política Nacional de Saúde do Trabalhador (Brasil, 2009) é importante que se enfatize a integralidade das ações de saúde.

Considerando que a inserção de ações da saúde do trabalhador na APS implica em relações de poder que essas já incluem no seu interior estratégias de resistência, salientamos a necessidade de identificá-las e discuti-las com os trabalhadores, na tentativa de estabelecimento de um consenso. De modo geral, mudanças desorientam e intensificam o sofrimento, uma vez que, mergulhados num imaginário de prejuízos, os profissionais não sabem que caminhos seguir (BRANT; MINAYO-GOMEZ, 2007).

Para que a videoconferência temática cumpra seus objetivos, elencar os temas e definir o cronograma são importantes, mas não suficientes. É necessário incluir os profissionais da saúde na identificação de pessoas de referência para a sua produção e na validação de conteúdos, bem como escutá-los em suas experiências laborais de modo que elas sejam incorporadas à temática abordada. Gestores e trabalhadores da saúde devem organizar o tempo durante a jornada de trabalho, de modo que a participação na videoconferência não se configure como uma “atividade marginal” no contexto de suas tarefas. Esse tempo deve ser suficiente para o estabelecimento de interatividades visando a problematização da realidade ocupacional e para avaliação da própria videoconferência, fornecendo informações para “correções de rotas”, ajustes para melhorar a sua qualidade. Apesar desses acordos, em nossa experiência com videoconferências, constatamos dificuldades de conciliação entre a agenda de atendimento e a disponibilidade para participação; bem como o desafio de abordar, por meio de videoconferência, ações relacionadas à subjetividade.

Do acolhimento à reabilitação, passando pela assistência, escutar o trabalhador na APS é diferente de escutar outro usuário, ainda que este seja também um trabalhador e exige capacitação para tal. Duvidar do trabalhador é muito comum nas situações em que ele retorna com queixa de dor. Este paciente torna-se motivo de desconfiança, particularmente, quando seus exames complementares, não acusam nenhum comprometimento. Para alguns médicos, a dor é resultado de uma lesão ou disfunção; do contrário, constitui uma falsa dor. É comum que ela seja diagnosticada como transtorno psíquico ou interpretada como má fé.

Portanto, a inserção de ações de Saúde do Trabalhador na APS exige uma formação capaz de abordar procedimentos altamente complexos como diferenciar sofrimento e dor. Para Brant (2004) e Brant & Minayo-Gomez (2004), o reconhecimento dessa diferenciação envolve diferentes destinos, que vão da psiquiatrização do sofrimento e sua medicalização abusiva ao encaminhamento para o setor de recursos humanos por inadequação, passando pela psicoterapia. Essa diferenciação pode ainda contribuir para melhorar a relação médico-paciente e abrir possibilidades para outras interpretações para as queixas de dor. Portanto, não faz sentido investigar se o sujeito está falando verdade ou mentira acerca de sua queixa. Interessa-nos investigar que estratégias o sujeito utiliza para tornar a sua existência possível (NIETZSCHE, 1978).

Sabemos que alguns indivíduos fazem uso da obtenção de licença médica para “levar vantagem”, afastando-se temporariamente do trabalho. Entretanto, o profissional da APS precisa compreender – e para isso não precisa ser necessariamente um especialista em Saúde do Trabalhador – que um sujeito que recorre à estratégia dessa ordem, uma tática que o destitui da condição de cidadão, está sinalizando a existência de angústia relacionada ao trabalho e como tal merece ser acolhido e cuidado. Sempre que o profissional abre os olhos e

os ouvidos, tendo como *frame* a relação capital e trabalho, encontra-se já em condições de acolher o trabalhador, sem fazer julgamento moral.

Devemos contemplar não apenas a condição de cidadão, mas de modo particular, a de trabalhador em situação de sofrimento, independentemente do diagnóstico. Tal especificidade exige, além dos conhecimentos técnicos próprios da área biomédica, saberes políticos, psicológicos, sociais, sobretudo, saberes relacionados aos modos de viver, de trabalhar e de consumir. Na APS, os profissionais podem começar o encontro, como fez Ramazini em 1770, perguntando “o que você faz? Enfatizar inicialmente a história de trabalho abre-se caminhos para vários procedimentos que vão do emprego de instrumentos da vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental, passando pela intervenção sobre o processo gerador da queixa nos locais de trabalho, até o estabelecimento articulações interinstitucionais.

De modo geral, as pessoas que buscam cuidados a partir da condição de trabalhador exigem uma escuta diferenciada do profissional. A situação torna-se ainda mais complexa quando o caso exige estabelecimento do nexos causal. Nesse caso, para uma capacitação de qualidade, além da videoconferência, às vezes, precisamos recorrer à teleconsultoria. Isso não significa que o trabalhador tenha que ser encaminhado, para um especialista. É exatamente o contrário, uma segunda opinião pode propiciar melhora da relação profissional de saúde/paciente e ao mesmo tempo evitar deslocamentos de pacientes e uma série de consequências decorrentes desse procedimento.

Teleconsultoria: cenários e desafios

Para a inserção de ações de saúde do trabalhador na APS, uma cooperação técnica permanente entre a rede de atenção primária, entidades de classe e os CEREST pode ser realizada por meio de teleconsultorias para os casos de assistência que demandam uma segunda opinião. A teleconsultoria pode ser utilizada também como potencializador para as ações de vigilância. A escolha dessa tecnologia para essas ações se faz levando em consideração que os CEREST estaduais e regionais cumprem “o papel de apoiadores ou retaguarda técnica para a execução de ações de vigilância, assistência (...) qualificação dos profissionais da rede de atenção, promoção e prevenção à saúde do trabalhador” (Minas Gerais, 2011, p. 10).

Interpretamos o termo "retaguarda técnica" como cooperação técnica. Na telessaúde, essa cooperação é denominada de segunda opinião especializada por teleconsultoria. Ainda que o crescimento do uso de ambientes virtuais para a segunda opinião a distância seja elevado nessas primeiras décadas do século XXI, o Brasil têm focado,

“a Segunda Opinião Educacional, uma abordagem mista entre assistência e educação, pois permite treinar os profissionais de acordo com as problemáticas do dia-a-dia, baseada em estrutura educacional acadêmica. É equivalente a um estágio formativo complementar, e *in loco*, focando a problemática regional. (Campos, 2006, p. 66).

O termo “segunda opinião” implica em uma relação marcada por um elevado grau de interação entre o profissional da saúde que demanda uma consultoria e outro que responde independentemente do *locus* geográfico que ambos se situam. Essa interação assinala a existência, no âmbito da telessaúde, de um cenário dinâmico e global, com infraestrutura tecnológica computacional e comunicacional, capaz de contribuir para acelerar a conclusão de um processo em curso, no qual o solicitante apresenta uma dúvida e acredita que o seu interlocutor - geralmente uma autoridade no assunto - possa oferecer uma resposta de elevada resolubilidade.

Entretanto, provoca-nos estranhamento o vocábulo “segunda”. É segundo em relação à que? Em termos lógicos, isso significa que existiria uma primeira opinião. Seria essa a do profissional solicitante? Mas, também uma primeira opinião, não poderia ser a do paciente na tentativa de explicação sua queixa? Na atualidade, cada vez mais os pacientes têm buscado na internet “opiniões” sobre seus, problemas de saúde. Estranhamos também o emprego do vernáculo “opinião”. Não seria mais apropriado cientificamente utilizar o termo interpretação? Na língua portuguesa, o termo opinião tem a conotação de uma informação leiga, sem fundamentação científica. Opinião [*doxa*], no grego arcaico, é uma “crença frequentemente oposta, na filosofia clássica, ao verdadeiro conhecimento [*episteme*], segundo Blackburn (1997, p.108).

Temos como pressuposto que a escolha de um profissional para emitir uma “segunda opinião” se faz segundo um sistema de representação social – conjunto de idéias, imagens, percepções e informações – que se tem acerca desse indivíduo. Nesse caso, tal escolha recairia necessariamente na figura de uma autoridade na problemática em questão. A interpretação uma vez emitida pela autoridade não é uma ordem, mas um conselho do qual não se pode ignorar sem risco. A característica mais proeminente dos que detêm autoridade é não precisar de estratégias de convencimento, argumentações e discussões. A sua palavra constitui uma referência segura, segundo Arendt (2001). Isso não significa dizer que a nova interpretação tenha que ser necessariamente aceita, pois isso implicaria em deixar-se guiar pelo teleconsultor. Aquele que demanda uma “segunda opinião” encontra-se diante de um imperativo ético, que destino dar à interpretação recebida, pois ele não pode ignorá-la sem consequências. Portanto, deve-se proceder a uma rigorosa avaliação sobre as reais necessidades de outra interpretação antes de solicitá-la.

Nomear a outra interpretação como “segunda opinião” constitui uma maneira de destituí-la de sua origem – proveniente de um *auctor*, aquele que detém os fundamentos – para trazê-lo para o domínio da interação; colocando assim o solicitante e a autoridade num patamar de igualdade. Starobinski (2008) citando Littré, no Suplemento de seu Dictionnaire (1887), define interação como “ação de dois ou vários objetos sobre o outro”. Alerta-nos ainda para a reciprocidade ilusória das relações interativas, jogos ou programas interativos. Os usuários de procedimentos interativos é sempre *adicto* do sistema estruturado pelo programador. As escolhas, nesse âmbito, são sempre resultados daquilo que o programador instalou no sistema. Portanto, a solicitação de uma “segunda opinião” envolve dimensões técnicas e éticas altamente complexas, pois a escolha do teleconsultor não é fruto do acaso, mas de representações sociais construídas nos interior das instituições.

A teleconsultoria pode constituir-se como potencializador para vigilância dos ambientes de trabalho e para o conjunto dos trabalhadores em suas organizações de classe, viabilizando assim a interlocução e a socialização de informações entre os principais atores sociais envolvidos nas ações de Saúde do Trabalhador na APS. Ações de vigilância como mapeamento e cadastro de atividades produtivas; notificação das situações de risco e ocorrência de agravos, evitando deslocamentos de profissionais. De forma semelhante, entre os CEREST considerando a sua abrangência estadual, regional ou municipal e a rede de serviços sentinela que teria a capacidade presumida de diagnosticar e estabelecer a relação com o trabalho e registrá-lo no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN-NET) do SUS, a teleconsultoria pode oferecer dados significativos para diagnósticos situacionais.

Considerações finais

Não temos dúvidas dos avanços que a telessaúde tem proporcionado não apenas à APS, mas ao Sistema Único de Saúde em suas articulações intersetoriais, notadamente, com a Saúde, Trabalho, Educação e Ciência e Tecnologia. É preciso verificar as transformações nas relações de poder ocorridas no âmbito desses setores e, de modo particular, aquelas produzidas pela inserção da Saúde do Trabalhador na APS. Precisamos identificar que problemas específicos e, possivelmente, originais surgem com essa inserção e suas repercussões nos usuários. Em toda situação de inserção nos deparamos com “ações de alguns sobre as ações de outros”, configurando em maior ou menor grau as relações de poder e seus conflitos de interesses.

Se a telessaúde instaura novas relações de poder no campo da saúde, a questão é como lidar técnica e politicamente com essa situação. Enquanto profissionais da saúde, já constatamos que alguns tentam agir sobre as ações de outros como estratégia para manter o paradigma biomédico hegemônico e para ampliar a própria esfera de atuação. Aumentar o âmbito de trabalho de alguns significa modificar o de outros. Segundo os pressupostos foucaultianos, devemos identificar as resistências dos trabalhadores para esclarecer as relações de poder, localizar sua posição, descobrir seu ponto de aplicação e os métodos empregados. Em suma, analisar as relações de poder por meio do antagonismo das estratégias, como nos ensina Foucault (1979).

Concordamos que a abordagem transformadora e emancipatória de Paulo Freire é indicada como arcabouço teórico e metodológico para a EPS, inclusive para os casos de formação mediada pelas TICs. Entretanto, termos paradigmáticos à essa pedagogia como “aprendizagem significativa, problematização e transformação da realidade” vêm sendo repetidos incessantemente de forma banalizada. Dessa forma, “tornam-se bagaços”, como nos diz Lispector (1985); estéreis, perdem o sentido. De forma semelhante, é necessário repensar a expressão “caráter educativo do próprio trabalho”, comum nos textos sobre EPS ou nos programas de educação pelo trabalho. Esquece-se assim que o trabalho é também fonte de alienação do sujeito. Nessas situações, na busca da transformação, alguns se tornam reféns do instituído. Pensar a telessaúde apenas como um instrumento de suporte sinaliza a existência

do desafio de operacionalizar o seu potencial para a produção de novos modos de viver e de trabalhar.

Grande parte das propostas de capacitação em Saúde do Trabalhador para a Atenção Primária das quais se tem registro no Brasil foi pensada a partir da perspectiva de técnicos da área. Entretanto, para que a formação em saúde cumpra seu papel, de acordo com as premissas da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, é preciso conhecer as necessidades e o que pensam estes profissionais enquanto trabalhadores e cidadãos, por meio do controle social como um dos princípios do Sistema Único de Saúde.

Reconhecemos que a inserção de ações da Saúde do Trabalhador na APS é um processo longo e com grandes desafios a serem vencidos; demanda mudanças de perspectivas e de estilos de atuação por meio do diálogo, do intercâmbio de experiências e de debates entre todos os atores sociais envolvidos. O grande desafio, entre outros, é ampliar o acesso, com qualidade, a tecnologias computacionais e comunicacionais, principalmente nas regiões mais remotas. Essa inserção apenas será possível desde que se reconheçam seus desafios e comece a busca por uma construção coletiva com a participação de governos, trabalhadores da saúde, estudantes, associações profissionais e a comunidade organizada. Nesse âmbito, é fundamental a articulação entre os campos da saúde e da educação, mas também o desenvolvimento de novos recursos institucionais, pedagógicos e tecnológicos. Sobretudo, é necessário que os serviços de saúde apropriem-se melhor e possam explorar a telessaúde em toda a sua potencialidade, não apenas como produto de novas tecnologias, mas estratégia para a viabilização de modos mais saudáveis de vida e estímulo para o exercício da cidadania.

Referências

- ARENDDT, Hannah. Poder e violência. Rio de Janeiro, Relume Dumará, pp. 81-94. 2001.
- BLACKBURN, A. Dicionário Oxford de Filosofia. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1997.
- BOURDIEU, P. A escola conservadora: as desigualdades frente à escola e à cultura. Educação em Revista. N.10, 3-15, 1989.
- BRANT, L. O processo de transformação do sofrimento em adoecimento na gestão do trabalho. Tese de doutoramento. Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2004.
- BRANT, L.; MINAYO-GOMEZ. Do nascimento da clínica à psicodinâmica do trabalho: a transformação do sofrimento em adoecimento. Rio de Janeiro: Ciência e Saúde Coletiva, 9(1), p. 213-223, 2004.
- BRANT, L.; MINAYO-GOMEZ, C. Dispositivos de transformação do sofrimento em adoecimento numa empresa. Psicologia em Estudo, Maringá, v.12, n.3, p.465-473, set/dez., 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria n.2.728, de 11 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador, Renast, e dá outras providências. Diário Oficial da União, 11 nov. 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretária de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Consolidado Histórico de Cobertura da Saúde da Família, competência 2008. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/abnumeros/historico_2008.pdf . Acesso em: 05 mai. 2012.

CECCIM; R. FEUERWERKER, L. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(5):1400-1410, set-out, 2004.

CECCIM; R. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde, 2005.

CHIAVEGATTO, C. Percepção dos profissionais de nível superior da atenção primária quanto ao desenvolvimento de ações de saúde do trabalhador no SUS em minas gerais. Dissertação de mestrado. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. Mil platôs. Vol.1. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1995.

DIAS, E. A atenção à saúde dos trabalhadores no setor saúde (SUS), no Brasil. Tese de Doutorado, Campinas: Universidade Estadual de Campinas, 1994.

FOUCAULT, M. Microfísica do poder. São Paulo: Graal, 1979.

FOUCAULT, M. O sujeito e o poder. p. 273-294. In DREYFUS, H. Michel Foucault: uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010.

GUIMARÃES, E. *et al.* Telenfermagem: uma iniciativa para a educação permanente em enfermagem. p.95-110. In SANTOS, A. *et al.* (org). Telessaúde: um instrumento de suporte assistencial e educação permanente. Editora UFMG, 2006.

LACAZ, F. Saúde dos trabalhadores: cenários e desafios. Cadernos de Saúde Pública, 13(2): 7-19, 1997.

LISPECTOR, C. A paixão segundo GH. Rio de Janeiro: Rocco, 1985.

MATUS, Carlos. Adeus, Sr. Presidente. Governantes e Governados. FUNDAP, São Paulo, 2007.

MINAYO-GOMEZ, C. (Org.). Saúde do trabalhador na sociedade contemporânea. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. Construindo ações de saúde do trabalhador no âmbito das superintendências e gerências regionais de saúde. 2011.

MENEGHETTI, F. O que é um ensaio teórico? RAC, Curitiba, v. 15, n. 2, pp. 343-348, Mar./Abr. 2011.

NIETZSCHE, F. (1885/86). Para além do Bem e do Mal. In: Nietzsche, F. São Paulo: Abril Cultural; 1978. (Os pensadores). p. 269-294.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SAUD – ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD – Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas: Documento de Posición de la Organización Panamericana de la Salud/OMS. Washington, DC: OPS, 2005. [Anexo A – Documento CD46/13].

PAIM, J. S. Saúde, Política e Reforma Sanitária. Ceps-ISC. Salvador, 2002.

PAIM, J. Desafios para a Saúde Coletiva no século XXI. Salvador: EDUFBA, 2006;

SANTOS, A. *et al.* Telessaúde: um instrumento de suporte assistencial e educação permanente. Belo Horizonte: UFMG, 2005.

SANTOS, B. Crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência. São Paulo: Cortez, 2000.

STAROBINSKI, J. Ação e reação: vida e aventura de um casal. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008.