

UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ

Andréa Maria Giannico de Araújo Viana Consolino

**SAÚDE DO TRABALHADOR: foco na formação de
profissionais da Vigilância Sanitária**

**Taubaté – SP
2013**

UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ

Andréa Maria Giannico de Araújo Viana Consolino

**SAÚDE DO TRABALHADOR: foco na formação de
profissionais da Vigilância Sanitária**

Dissertação apresentada para obtenção do Título de Mestre em Desenvolvimento Humano: Formação, Políticas e Práticas Sociais do Programa de Pós-graduação da Universidade de Taubaté.

Área de Concentração: Contextos, Processos e Práticas formativas.

Orientadora: Prof^ª. Dra Marluce Auxiliadora Borges Glaus Leão.

**Taubaté – SP
2013**

**Ficha Catalográfica elaborada pelo SIBi – Sistema Integrado
de Bibliotecas – UNITAU - Biblioteca de Letras e Serviço Social.**

C755s Consolino, Andréa Maria Giannico de Araujo Viana
Saúde do trabalhador: foco na formação de profissionais
da vigilância / Andréa Maria Giannico de Araujo Viana
Consolino - 2013.

191f. : il; 30 cm.

Dissertação(Mestrado em Desenvolvimento Humano) –
Universidade de Taubaté. Departamento de Pesquisa e Pós-
Graduação, 2013

Orientadora: Profa. Dra. Marluce Auxiliadora Borges
Glaus Leão, Departamento de Psicologia.

1. Saúde do trabalhador. 2. Vigilância sanitária. 3.
Formação profissional. 4. Desenvolvimento humano. I. Título.

ANDRÉA MARIA GIANNICO DE ARAUJO VIANA CONSOLINO

**SAÚDE DO TRABALHADOR: foco na formação de profissionais da
Vigilância Sanitária**

Dissertação apresentada para obtenção do Título de Mestre em Desenvolvimento Humano: Formação, Políticas e Práticas Sociais do Programa de Pós-graduação da Universidade de Taubaté.

Área de Concentração: Contextos, Processos e Práticas formativas.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Marluce Auxiliadora Borges Glaus Leão.

Data: 27/06/2013

Resultado: _____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr^ª. Marluce Auxiliadora Borges Glaus Leão

Universidade de Taubaté - SP

Assinatura _____

Prof. Dr^ª. Edna Maria Querido de Oliveira Chamon

Universidade de Taubaté – SP

Assinatura _____

Prof. Dr^ª. Maria Auxiliadora da Silva C. Dessen

Universidade de Brasília - DF

Assinatura _____

Prof. Dr^ª. Márcia Hespanhol Bernardo (Suplente)

PUC Campinas - SP

Assinatura _____

Prof. Dr^ª. Elisa M^ª Andrade Brizola (Suplente)

Universidade de Taubaté – SP

Assinatura _____

*Para Dejour e Ana Carolina
Com a certeza de que nada foi em vão...*

AGRADECIMENTO

A todos que participaram direta ou indiretamente desta trajetória, manifesto minha gratidão. De modo especial, agradeço:

a Deus, por estar ao meu lado em todos os momentos;

à minha mãe (in memoriam) e a meu pai, que me ensinaram a ser ética e responsável;

ao meu esposo, Dejair, pela compreensão e pelo apoio incondicional em todos os momentos;

à minha filha, Ana Carolina, amor de minha vida, pelo estímulo, pela paciência e por saber esperar;

à minha família e à família de meu esposo, pela paciência e compreensão nas minhas ausências em momentos de confraternização;

à minha orientadora, Prof^ª. Dr^ª Marluce, de uma sabedoria admirável, por ter caminhado ao meu lado, ensinando-me a construir esta dissertação. São ensinamentos que levarei por toda a vida;

às minhas amigas e colegas do GVS, Sueli C. Marques e Sandra Justen, pela paciência nos meus momentos de angústias e pela partilha dos momentos de alegrias, durante a execução deste trabalho;

à minha amiga Eliana C.V.Salgado, pelo coleguismo e companheirismo, por nossas viagens, aulas, congressos...

aos colegas do MDH turma 2011, em especial Mônica, Ana, Ely, Teófilo, Nilsen e Juliana, pelas discussões, aprendizados, amizade e apoio, fundamentais para a superação dos desafios ao longo do percurso;

às equipes das VISAs municipais, estaduais e Cerest, que muito contribuíram para a execução desta pesquisa. Sem vocês esse trabalho não seria possível;

ao amigo Rogério, por sua contribuição para o meu êxito na prova de proficiência em Inglês;

à Profa. Ma. Isabel Ferreira, que revisou esta Dissertação, segundo o Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa, de 2009.

E, por último, um especial e profundo agradecimento à Prof^ª Dr^ª Márcia Hespanhol Bernardo, pelas considerações relevantes quando da sua participação na banca de qualificação, que foram importantes para a finalização da dissertação.

“Quando o homem compreende a sua realidade, pode levantar hipóteses sobre o desafio dessa realidade e procurar soluções. Assim, pode transformá-la e o seu trabalho pode criar um mundo próprio, seu Eu e as suas circunstâncias .”

Paulo Freire

RESUMO

As ações destinadas à promoção e proteção da saúde do trabalhador submetido aos riscos e agravos advindos dos processos e ambientes de trabalho estão incluídas nas competências da Vigilância Sanitária (VISA). Este estudo teve como objetivo investigar as relações entre a formação profissional e o cotidiano de trabalho de funcionários da VISA que executam atividades na área da Saúde do Trabalhador. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, do tipo exploratória, em que os participantes foram equipes de VISA inseridas no organograma da Secretaria Estadual de Saúde, incluindo as da Vigilância Municipal e do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), da macrorregião de Taubaté. Utilizou como instrumentos um levantamento do perfil dos pesquisados e a técnica do Grupo Focal (GF), sendo os dados submetidos à análise de conteúdo e compreendidos à luz de constructos teóricos sobre formação, abordagens de saúde e trabalho e da Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano. Os resultados evidenciaram como categorias de análise: a formação para o trabalho da equipe de VISA e CEREST: quanto aos aspectos da educação formal, não formal, informal e continuada, em Saúde do Trabalhador; na categoria Saúde do Trabalhador: a influência das questões políticas, do trabalho em equipe e da inter-relação saúde e trabalho; e em Cotidiano do Trabalho: a importância da VISA, o ambiente de trabalho, os riscos envolvidos, a avaliação sobre o próprio trabalho na VISA e no CEREST e a percepção de sofrimento no trabalho. Constatou-se que a formação dos pesquisados em Saúde do Trabalhador apresenta lacunas, dificultando a realização das práticas nessa área e contrariando os dispositivos de lei do País que indicam sua importância, há cerca de 30 anos. Os contextos de formação para esse trabalho não suprem as necessidades cotidianas dessas equipes e as características pessoais dos participantes não sugerem mobilização para mudanças significativas. Concluiu-se que existe uma falta de articulação entre os conhecimentos disponíveis nos vários sistemas e contextos e, ainda, que a educação formal, informal, não formal e continuada minimizam as dificuldades dessa formação profissional nessas equipes, fragilizando sua compreensão sobre os processos de trabalho em Saúde do Trabalhador. Sugere-se uma efetiva interlocução entre o Estado (VISA Federal, Estadual e Municipal), CERESTs, instituições sociais e de ensino, empresas e equipes de trabalho para a melhoria da formação, além do controle social pela população visando à efetividade dessas ações de trabalho e ao desenvolvimento humano.

Palavras-chave: Saúde do Trabalhador. Vigilância Sanitária. Formação Profissional. Desenvolvimento Humano.

ABSTRACT

Actions aimed at promoting and protecting the health of workers exposed to the risks and hazards arising from the processes and work environments are included in the skills of Sanitary Surveillance (VISA). This study aimed to investigate the relationship between vocational training and the daily work of employees of VISA who perform activities in the field of Occupational Health. This is a qualitative, exploratory type, in which participants were teams VISA chart inserted in the State Department of Health, including the Municipal Monitoring and Reference Center for Occupational Health (CEREST), the macro-region Taubaté. Used as a survey instrument profile of respondents and focus group technique (GF), and the data submetid the content analysis and understood in the light of theoretical constructs on training, approaches to health and work and Bioecological Theory of Human Development. The results showed as analytical categories: training for the job, in the matters of formal, non-formal, informal and continuous in Occupational Health and VISA team and CEREST, in the category Occupational Health, the influence of work teamwork and inter-relationship between work and health, and in the daily labor, the work environment, influences and political issues, risks, importance of VISA, evaluation of their own work in VISA and CEREST and the perception of pain at work. It was found that the formation of respondents in Occupational Health has gaps, hindering the realization of practices in this area and contrary to the provisions of law of the country indicating their importance for nearly 30 years. The context of the training for the job do not meet the daily needs of these teams and the personal characteristics of the participants did not suggest significant changes to mobilization. It was concluded that there is a lack of coordination between the knowledge available across systems and contexts that formal education, informal, non-formal and continuing minimize the difficulties that these training teams, handicapping their understanding of work processes in Health worker. Suggests an effective dialogue between the State (VISA Federal, State and Municipal), CERESTs, social and educational institutions, companies and work teams to improve the training, and social control by the population effectiveness of these actions aimed at human development.

Keywords: Occupational Health. Surveillance. Vocational Training. Human Development.

LISTA DE SIGLAS

AIS	-Ações Integradas de Saúde
BDTD	-Biblioteca Digital de Teses e Dissertações
BIREME	-Biblioteca Regional de Medicina
CAPES	-Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEREST	-Centro de Referência Saúde do Trabalhador
CCD	-Coordenadoria de Controle de Doenças
CVISA	-Centro de Vigilância Sanitária
CLT	-Consolidação das Leis do Trabalho
CNPQ	-Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CUT	- Central Única dos Trabalhadores
DIESAT	- Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes do Trabalho
EPC	-Equipamento de Proteção Coletiva
EPI	-Equipamento de Proteção Individual
FIOCRUZ	-Fundação Oswaldo Cruz
GVS	-Grupo de Vigilância Sanitária
GF	-Grupo focal
IAP	-Instituto de Aposentadorias e Pensões
INPS	-Instituto Nacional de Previdência Social
INAMPS	-Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social
IPEA	-Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LILACS	- Literatura Latina americana em Ciência da Saúde
MS	-Ministério da Saúde
NOST	-Norma Operacional de Saúde do Trabalhador
OIT	-Organização Internacional do Trabalho
OMS	-Organização Mundial da Saúde
PAVISA	-Plano de Ação de Vigilância Sanitária
PCMSO	-Programa de Controle Médico Saúde Ocupacional
PDVISA	-Plano Diretor de Vigilância Sanitária
PIA	-População em Idade Ativa
PPRA	-Programa de Prevenção e Riscos Ambientais

PST	-Programa de Saúde do Trabalhador
PAB/VISA	-Piso de Atenção Básica em Vigilância sanitária
PPCT	-Pessoa Processo Contexto Tempo
RENAST	-Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
SCIELO	-Scientific Eletronic Library On Line
SNVISA	-Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária
SUDS	- Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	- Sistema Único de Saúde
TAM	-Termo de Ajustes e Metas
TCLE	-Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNICEF	-Fundo das Nações Unidas para a Infância
UNITAU	-Universidade de Taubaté
VISAT	-Vigilância em Saúde do Trabalhador
VISA	-Vigilância Sanitária

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição dos Pesquisados de acordo com sua Faixa Etária	66
Tabela 2	Distribuição dos Pesquisados por Gênero	67
Tabela 3	Distribuição dos Pesquisados por Grau de Escolaridade	67
Tabela 4	Distribuição dos Pesquisados por Área de Formação Acadêmica	68
Tabela 5	Distribuição da Jornada de Trabalho Semanal das Equipes de VISA e CEREST	69
Tabela 6	Categorias e Subcategorias	70

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Mapa de área de abrangência do GVS XXXIII Taubaté no Vale do Paraíba Paulista	20
Figura 2	Organograma do Ministério da Saúde	44
Figura 3	Organograma da Secretaria de Saúde do Estado da São Paulo	45
Figura 4	Organograma da Coordenadoria de Controle de Doenças	46
Figura 5	Modelo do Campo de Forças das Disposições Pessoais Positivas e Negativas Integrado com os Recursos Pessoais, Demandas Pessoais e as Forças dos Contextos.	58
Figura 6	Modelo do Campo de Forças das Disposições, Recursos e Demandas Pessoais e as Forças dos Contextos.	121

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
1.1	Problema	19
1.2	Objetivos	19
1.2.1	Objetivo Geral	19
1.2.2	Objetivos Específicos	19
1.3	Delimitação do Estudo	19
1.4	Relevância do Estudo	21
1.5	Organização do Trabalho	22
2	REVISÃO DA LITERATURA	23
2.1	Questões Teórico-Metodológicas em Saúde do Trabalhador	26
2.1.1	Relação Saúde e Trabalho	27
2.1.2	Breve história da Inter-relação Saúde e Trabalho no Brasil	32
2.1.3	Campo da Medicina do Trabalho	34
2.1.4	Campo da Saúde Ocupacional	37
2.1.5	Campo da Saúde do Trabalhador	38
2.2	A Vigilância Sanitária no Brasil	41
2.2.1	O trabalho em Saúde do Trabalhador na Vigilância Sanitária	47
2.3	A Questão da Formação Profissional	49
2.3.1	Formação na Vigilância Sanitária	51
2.3.2	Formação em Saúde do Trabalhador na Vigilância Sanitária	53
2.4	Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano	54
3	MÉTODO	60
3.1	População e Amostra	61
3.2	Local	61
3.3	Instrumentos	61
3.3.1	Técnica de Observação	61
3.3.2	Características da Amostra	62
3.3.3	Técnica do Grupo Focal	62
3.4	Procedimentos de Coleta dos Dados	63
3.5	Procedimentos de Análise dos Dados	64
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	66

4.1	Formação para o Trabalho	70
4.2	Saúde do Trabalhador	88
4.3	Cotidiano no Trabalho	103
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	123
REFERÊNCIAS		128
APÊNDICE A	Características da Amostra	141
APÊNDICE B	Diretrizes para o Grupo Focal	142
APÊNDICE C	Transcrição de um Grupo Focal	143
ANEXO A	Ofício à Instituição	159
ANEXO B	Termo de Autorização da Instituição	160
ANEXO C	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	161
ANEXO D	Consentimento da Participação da Pessoa como Sujeito	162
ANEXO E	Plano Comparativo de Análise da Concepção dos Paradigmas de saúde e Trabalho	163
ANEXO F	Portaria nº 1823 de 23 de agosto de 2012	164
ANEXO G	Declaração de Aprovação do CEP/UNITAU	191

1 INTRODUÇÃO

O avanço tecnológico no mundo do trabalho e no estilo de vida da sociedade contemporânea, nas últimas décadas, tem sido amplamente identificado como fator de impacto no processo saúde-doença do trabalhador, com influências diretas sobre o ambiente, a segurança e a qualidade de vida. Sob certas condições, esse trabalhador se mostra mais vulnerável a riscos, a adoecer ou a sofrer acidentes relacionados ao trabalho.

As observações sobre as condições precárias de vida, trabalho e saúde do trabalhador datam da Revolução Industrial no século XVIII; no Brasil desde a década de 1970 e mais recentemente são constatadas pelos processos de transnacionalização do capital e mundialização produtiva, em que as novas modalidades de trabalho emergem, com o objetivo de “recuperar as formas econômicas, políticas e ideológicas da dominação burguesa” (ANTUNES, 2008, p. 4). Esta precarização deve-se ao “processo de trabalho que, ao mesmo tempo cria e subordina, emancipa e aliena, humaniza e degrada, oferece autonomia, mas gera sujeição, libera e escraviza, impede que o estudo do trabalho humano seja unilateralizado ou mesmo tratado de modo binário e mesmo dual.” (ANTUNES, 2008, p. 4).

As novas modalidades de trabalho adotam expressões como “empreendedorismo”, “trabalho voluntário”, “terceirização”, entre outras, fortalecendo o terceiro setor, reduzindo o trabalho formal, aumentando o informal e configurando como trabalhos autônomos, instáveis, precarizados e desregulamentados. Estas transformações têm como consequência a expansão do trabalho em domicílio, trabalhadores sem qualificação, além da diminuição das condições de trabalho e da qualidade de vida dos trabalhadores.

Na avaliação de Antunes e Pochmann (2006, p. 9) “houve melhoras importantes em relação ao começo do século XX”, porém, atualmente, a situação se inverteu piorando as condições e relações de trabalho, com a destruição dos direitos do trabalho e consequentemente a regressão da saúde do trabalhador.

Este panorama tem impactos diretos sobre as políticas de saúde no Brasil, sendo a Vigilância Sanitária (VISA), vinculada ao Ministério da Saúde (MS), um dos órgãos governamentais responsáveis pela contribuição na melhoria da qualidade de vida no trabalho, com vistas a minimizar os efeitos negativos do trabalho sobre os indivíduos.

Em 1984, iniciei minha atuação na VISA, cuja política de trabalho refletia uma concepção conhecida sob a nomenclatura “Polícia Sanitária”. Segundo Eduardo e Miranda (1998, p. 3), a “Polícia Sanitária”, com o objetivo de “vigiar” a cidade e evitar a propagação

das doenças, tinha como função regulamentar o exercício da profissão; combater o charlatanismo e exercer o saneamento da cidade; fiscalizar as embarcações, os cemitérios e o comércio de alimentos.

Com a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), as atribuições foram se modificando e, hoje, nas unidades da VISA, tanto em nível estadual como municipal, trabalha-se mais com a concepção de educação sanitária, sendo sua missão definida pela Lei 8080 de 19 de setembro de 1990, em seu artigo 6º e parágrafo 1º como:

[...] um conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo: I – o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; II – o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde (BRASIL, 1990b, p.3).

No decorrer de minha trajetória profissional junto à VISA, tenho percebido lacunas quanto à execução de ações, especificamente as do trabalho relacionado à saúde do trabalhador, pois, mesmo sob o amparo de leis, alguns profissionais de VISA não conseguem executá-las. Nessa trajetória, testemunhei que a VISA, enquanto órgão de saúde pública, passou por uma série de adequações, fazendo emergir outros órgãos para a construção de uma VISA voltada para a saúde do trabalhador.

Entre eles, destaco a Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT), criada pela Portaria MS/GM nº 3.120 de 1º de julho de 1998 do Ministério da Saúde, que tem como escopo uma ação contínua e sistemática sobre essa questão, embora haja os Programas de Saúde do Trabalhador (PST) integrados à rede básica de saúde e os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST). Na prática, contudo, ainda estão pouco envolvidos com os problemas da saúde dos trabalhadores (LACAZ, 2000 apud LACAZ; MINAYO-GOMEZ, 2005b).

Esta ação conjunta encontra respaldo na perspectiva do campo da Saúde do Trabalhador, desde o final dos anos 1970, e ainda hoje é palco de muitas lutas sociais pela saúde, especialmente em relação à organização do trabalho tal como ela se configura (LACAZ, 1983; BRASIL, 1990b).

A pretensão deste estudo vai ao encontro das novas diretrizes e linhas de atuação para a Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS), recentemente publicadas na Portaria 1.823 de 23 de agosto de 2012, “Instituindo a Política Nacional de Saúde do

Trabalhador e da Trabalhadora”, para que órgãos como CERESTs, VISA, Colegiados de Gestão Regional e Controle Social¹ possam conduzir o processo de planejamento, pactuação e implementação das ações de Saúde do Trabalhador (BRASIL, 2012a).

Com o Decreto 30.517 de 02 de outubro de 1989, no Estado de São Paulo, as políticas de saúde do trabalhador, que antes eram de competência da Secretaria de Relações do Trabalho, foram transferidas para o Centro de Vigilância Sanitária (CVS). As ações destinadas à promoção e proteção à saúde do trabalhador submetido aos riscos e agravos advindos dos processos e ambientes de trabalho estão incluídas nas ações de VISA conforme preconizado pela Portaria MS/GM 1565 de 26 de agosto de 1994.

Mediante esse quadro, é exigido que os profissionais de VISA, a partir do Código Sanitário do Estado de São Paulo (SÃO PAULO, 1998), incorporem em suas práticas as ações relacionadas à saúde do trabalhador, considerando a inter-relação processo/trabalho/ambiente. Assim, cabe à VISA conhecer e controlar essas condições, visando à prevenção e correção de situações potencialmente perigosas para a saúde dos trabalhadores (EDUARDO; MIRANDA, 1998). Entretanto, como um processo de educação em saúde, não tem apenas o enfoque de prevenção de doenças, mas de “preparar o indivíduo para a luta por uma vida mais saudável” (OLIVEIRA, 2005, p. 425).

Portanto, ao ampliar seu campo de atuação, o pressuposto é de que a VISA adquira uma prática com poder de interferência em toda a reprodução das condições econômico-sociais e de vida, ou seja, nos fatores determinantes do processo saúde-doença, incluindo as relações sociais de produção e o ambiente de trabalho (EDUARDO; MIRANDA, 1998). Nesse sentido, Facchini (2006) alerta que as VISAs encontram muita dificuldade em implantar ações de saúde do trabalhador, mostrando a vulnerabilidade das iniciativas locais e a forte dependência dos compromissos governamentais.

Para que as ações de VISA sejam executadas, são necessárias equipes multiprofissionais² e interdisciplinares³ e, como toda nova situação, requer indivíduos que se adaptem às mudanças de papel, de ambiente, entre outros fatores. Essas equipes, em geral, são compostas por profissionais de nível médio e universitário de diversas áreas, como engenheiros, médicos, enfermeiros, psicólogos, dentistas, pedagogos e advogados, o que

¹ O termo Controle Social vem sendo utilizado para marcar a participação da sociedade no que se refere às políticas públicas no Brasil, como prevista na lei 8.142/90 que regulamentou a participação e o controle social no SUS (BRASIL, 1990a).

² Modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais (PEDUZZI, 2001, p.108).

³ Equipe interdisciplinar é a articulação entre profissionais de diferentes áreas na busca de um objetivo comum (SOUZA; SOUZA, 2009)

remete à importância da sua formação para uma prática em prol da prevenção de riscos do indivíduo trabalhador e do desenvolvimento social.

Considerando que tais formação e atuação são condicionadas a vários contextos do desenvolvimento desse profissional, o presente estudo recorreu à perspectiva da Teoria Bioecológica, que entende o desenvolvimento como um:

[...] processo através do qual a pessoa desenvolvendo adquire uma concepção mais ampliada, diferenciada e válida do meio ambiente ecológico, e se torna mais motivada e mais capaz de se envolver em atividades que revelam suas propriedades, sustentam ou reestruturam aquele ambiente em níveis de complexidade semelhante ou maior de forma e conteúdo (BRONFENBRENNER, 2002. p. 23).

Portanto, mostrou-se necessário conhecer a formação e as práticas dos profissionais que compõem as equipes de VISA embora, segundo Garibotti, Hennington e Selli (2006), esse órgão apresente uma configuração desigual; depreenda-se com a falta de recursos orçamentários e de infraestrutura; sofra muita rotatividade dos recursos humanos; conte com o despreparo na execução das ações; e, por último, sofra influências de questões políticas.

Além disso, as equipes de VISA, nas ações que empreendem, muitas vezes enfrentam também situações de risco e trabalho em condições insalubres, devidas à falta de infraestrutura. Deparam-se a todo o momento com realidades que comprometem sua própria saúde, a saúde dos funcionários dos contextos que fiscaliza e, ainda, a saúde da população. Vale também destacar que, em muitos casos, se a ação da equipe não é executada, isso incorre no que é considerado na legislação “prevaricação”, fazendo com que os responsáveis sofram sanções legais.

Assim, o que se deseja discutir neste estudo refere-se à formação em saúde do trabalhador que direciona a prática dos profissionais da VISA, tendo em vista o desenvolvimento das políticas de saúde e trabalho e das ciências emergentes, em determinados momentos e contextos da sociedade. Discute-se como o tópico saúde do trabalhador é diferentemente tratado nas perspectivas dos campos da Medicina do Trabalho, da Saúde Ocupacional e da Saúde do Trabalhador, em termos de concepção de homem, objetivos e práticas, entre outros aspectos (ALVES, 2004; RAMOS, 2008) e como isso se reflete nas ações de VISA.

Parte-se do pressuposto de que conhecer a formação e as práticas de trabalho dos profissionais da VISA pode colaborar no alcance dos propósitos dessa instituição, compreendendo as influências recíprocas às quais se submete, o que, segundo Bronfenbrenner

(2002), ocorre em diversos níveis, ou seja, nos *micro, meso, exo* e *macrossistemas*, abordados nesta pesquisa. Nessa direção, Freire (1980) lembra que toda formação deve integrar o homem ao seu contexto, transformando-o em um sujeito crítico e reflexivo.

Assume-se, ainda, que o desenvolvimento humano pressupõe uma concepção interdisciplinar de formação e de prática que implica uma postura de cooperação (FAZENDA, 2002). No trabalho das equipes de VISA, ao menos em tese, a postura de cooperação, mediação, respeito e parceria deveria sustentar as concepções e práticas no trabalho, construídas por meio do compromisso ético com o saber científico (KOLLER, 2004). Tal interdisciplinaridade é preconizada no trabalho dessas equipes, de acordo com as diretrizes desse órgão e as raízes epistemológicas da relação saúde-trabalho.

Como funcionária da VISA Estadual, prevenir riscos faz parte de minha rotina, ainda que minha formação acadêmica inicial, Graduação em Artes, não seja em área diretamente a ela relacionada. Hoje, com a municipalização⁴ das ações de VISA, trabalho com a educação sanitária e a capacitação de equipes municipais, fica evidente que as equipes encontram dificuldades em sua atuação frente às novas ações que foram incorporadas, a despeito de estarem previstas no artigo 200 da Constituição de 1988, cujo escopo de competência é bem amplo:

Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei: [...] II – executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador; [...] VIII – colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho (BRASIL, 1988).

Em relação aos estudos nesta área, constatou-se pouca produção científica mapeando a questão dos contextos de formação e práticas dos profissionais que atuam em ações da saúde do trabalhador, principalmente no âmbito da VISA, o que permitiu problematizar a questão que segue para explorar esses aspectos, assumindo sua relevância do ponto de vista pessoal, social e científico.

⁴ “Municipalizar as ações de vigilância sanitária significa adotar uma política específica com a finalidade de operacionalizá-la recorrendo-se a novas bases de financiamento, criação de equipes e demais infraestruturas.” (EDUARDO; MIRANDA, 1998, p. 8).

1.1 Problema

Como ocorre a formação dos profissionais da VISA, para as práticas que executam na área da saúde do trabalhador?

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo Geral

Investigar as relações entre a formação e o cotidiano de profissionais de VISA que executam atividades na área da saúde do trabalhador.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Identificar o processo de formação dos profissionais das equipes de VISA e CEREST.
- Conhecer a visão desses profissionais sobre seu cotidiano de trabalho (VISA e CEREST), compreendendo o processo, o contexto, o tempo e as suas condições de trabalho.
- Analisar as relações entre a formação e as práticas desses profissionais, relativas à saúde do trabalhador, quanto às abordagens às quais se atrelam e ao Desenvolvimento Humano.

1.3 Delimitação do Estudo

Esta pesquisa abrange a macrorregião de Taubaté – situada na região do vale do Paraíba Paulista, possui 27 municípios em uma extensão territorial que vai de Taubaté a

Bananal, na divisa com o Estado do Rio de Janeiro – sendo comandada pelo Grupo de Vigilância Sanitária XXXIII (GVS XXXIII).

Desses 27 municípios, apenas dois contam com o órgão CEREST, inserido no organograma da Secretaria Municipal de Saúde. Os demais municípios têm apenas o apoio técnico desses CERESTs, habilitados pela Portaria SAS/Nº 653 de 19 de setembro de 2006, para realizar ações de Vigilância nos ambientes de trabalho.

Levando em conta o número de municípios e sua localização geográfica, para representatividade desta pesquisa nessa macrorregião, foram abordadas equipes das VISA Municipais dos dois municípios que possuem o CEREST e de seis com o maior número de habitantes (de acordo com o Censo 2010); estes, embora não possuam CEREST em seu organograma, contam com equipes atuantes.

Além das equipes da VISA Municipal, participaram da pesquisa também as equipes de VISA Estadual do GVS XXXIII. Nos municípios que possuem o CEREST, a pesquisa foi realizada com a equipe de VISA e com os componentes do CEREST. Nos municípios sem o CEREST, procurou-se verificar como é o trabalho de vigilância na ausência do auxílio desse órgão. A figura 1 mostra a abrangência da VISA da macrorregião de Taubaté.

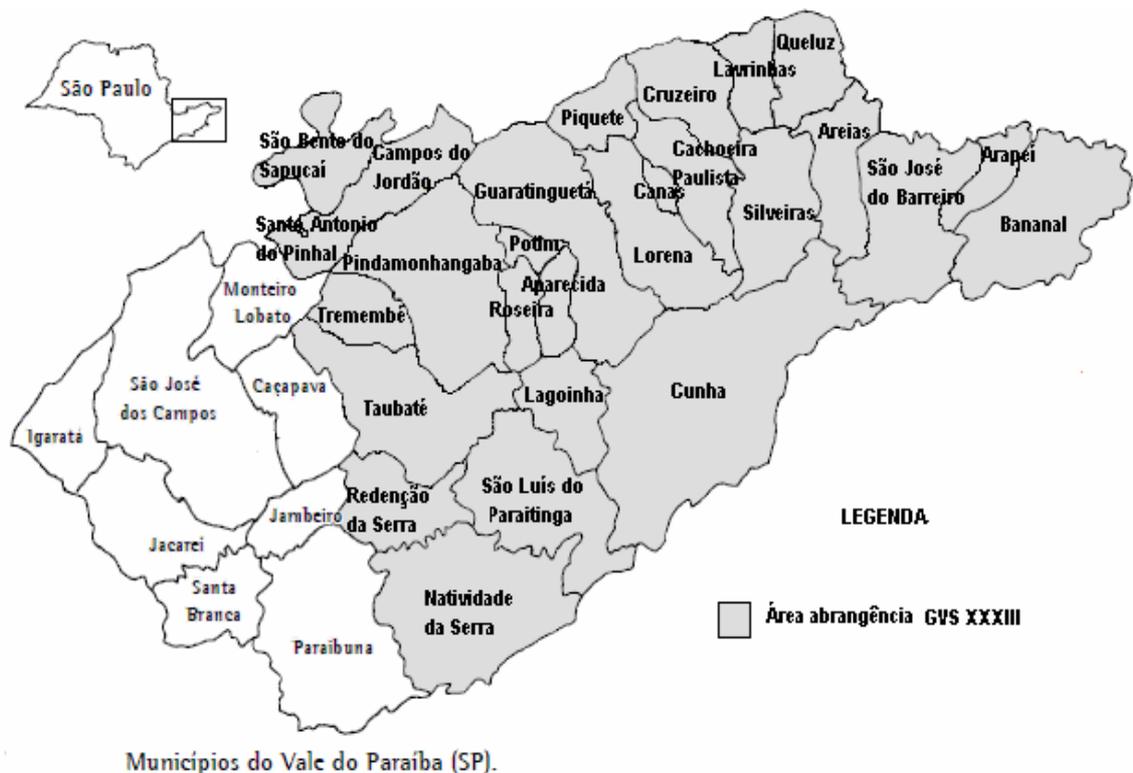


Figura. 1: Mapa de área de abrangência do GVS XXXIII no Vale do Paraíba. Fonte: HAU, NASCIMENTO e TOMAZINI, 2009. Adaptado pela autora.

1.4 Relevância do Estudo

Durante minha prática profissional de 29 anos na VISA, tenho observado que as equipes de trabalho em nível municipal apresentam dificuldades para realizar suas ações, seja por interferências político-partidárias, seja pela forma de organização e execução de atividades e no próprio ambiente de trabalho. Aparentemente, todas essas dificuldades não se justificam, pois, com a municipalização, o Estado teve como atribuição capacitar os profissionais periodicamente e dar-lhes suporte técnico. Isso, porém, não parece ser suficiente para a melhoria do ambiente de trabalho ou das práticas daqueles que fiscalizam.

Ressalta-se que as ações de VISA devem ser executadas para atingir as metas estabelecidas no Pacto pela Saúde de 2006 (Portaria 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006), que define cinco blocos para o financiamento de custeio, sendo um deles a Vigilância em Saúde com um Termo de Ajustes e Metas (TAM) e o Piso da Atenção Básica em Vigilância Sanitária (PAB/VISA). Assim, os municípios ao atingirem essas metas recebem recursos federais (DE SETA, 2006).

A VISA sempre executou ações referentes à saúde do trabalhador, embora a adequada formação e capacitação para tal possam ser questionadas. Mesmo com o Pacto pela Saúde de 2006, as dificuldades continuaram, pois oficialmente essas ações são executadas rotineiramente com número muito reduzido de funcionários.

Olhar para esse contexto e para os pressupostos que sustentam as práticas destes profissionais em saúde do trabalhador mostra-se um desafio, na medida em que o processo de formação e de capacitação envolve suas crenças e valores, além da convivência em diferentes ambientes e culturas, trabalhando em situação de risco e interagindo com indivíduos de diversos contextos. Contudo, espera-se contribuir para a efetividade no desempenho desses profissionais em relação à prática em saúde do trabalhador, uma vez que a Portaria MS/GM 1565 de 26 de agosto de 1994 estabelece a relevância dessas ações.

É importante ainda assinalar, conforme Pepe et al. (2010), que a produção sobre o tópico VISA junto ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) é limitada, visto ser a VISA mais conhecida como importante campo de prática, portanto, de produção de conhecimento fora das instituições acadêmicas. Na última década, no entanto, isso vem mudando, podendo ser constatado na revisão que segue, constituindo-se uma área de conhecimento interdisciplinar e multiprofissional.

1.5 Organização do Trabalho

A trajetória de trabalho desta pesquisa se iniciou com uma revisão de literatura para conhecer as publicações relacionadas ao tema em pauta. Uma vez definidos os objetivos e o desenho dessa pesquisa, apresento a seleção dos municípios estudados, incluindo os que possuíam o CEREST em seu organograma e considerando também a posição geográfica na macrorregião escolhida para pesquisa de campo.

A fundamentação teórica inclui tópicos em Saúde do Trabalhador, abrangendo os pressupostos da inter-relação saúde-trabalho na contemporaneidade, bem como as abordagens e políticas às quais se reportam; a constituição dessas questões no Brasil; as origens das ações de VISA; as teorias de formação e as práticas do campo da Saúde do Trabalhador.

Depois é apresentada a Teoria Bioecológica de Urie Bronfenbrenner, como fio condutor da análise da formação e das práticas dos profissionais, balizando a discussão sobre o processo de Desenvolvimento Humano.

Em seguida, descrevo a trajetória metodológica utilizada, seus instrumentos e procedimentos de coleta e análise dos dados.

Os resultados obtidos foram organizados da seguinte forma: primeiramente esclarecendo as características da amostra, posteriormente discutindo à luz dos referenciais teóricos e da revisão da literatura, e depois apresentando as considerações finais.

2 REVISÃO DE LITERATURA

A primeira etapa da revisão de literatura teve o objetivo de conhecer as publicações sobre o assunto em questão e envolveu uma busca a partir das palavras-chave “Vigilância Sanitária”, “Saúde do Trabalhador”, “Desenvolvimento Humano” e “Formação Profissional” em bases de dados dos sites de pesquisa acadêmica, como a Biblioteca Virtual da Fiocruz, os Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), a Biblioteca Regional de Medicina (BIREME), a Literatura Latino Americana em Ciências da Saúde (LILACS), a Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD) e a *Scientific Electronic Library On Line* (SCIELO), assim como em revistas especializadas.

Verificamos que, apesar de a década de 1970 ter sido o período de sustentação ao campo da Saúde do Trabalhador, somente na década de 1990 houve crescimento de produção científica, conforme aqui identificado, corroborando as constatações de Lacaz (1997).

Nos últimos cinco anos, utilizando o termo “saúde do trabalhador” isoladamente, apesar do grande número de produções encontradas: 22.141 produções na Capes; 62.301 produções na BIREME; 4.8545 na LILACS; 1526 na BDTD e 369 no SCIELO. A leitura dos resumos das produções não apresentou referências à formação do profissional de VISA em relação à Saúde do Trabalhador, restringindo-se a estudos sobre a saúde de profissionais como enfermeiros e outros do Programa de Saúde da Família.

Com a palavra-chave “Vigilância Sanitária”, foram encontradas 711 produções na Capes, 4671 na BIREME, 284 na BDTD, 2280 na LILACS e 82 no SCIELO. Na leitura dos resumos constatou-se, também, que a maioria dessas produções referia-se a aspectos de saúde dos profissionais de saúde, de professores, entre outras categorias, assim como publicações sobre a descentralização de várias VISAs Municipais, destacando-se uma dissertação sobre a Representação Social dos profissionais da ANVISA nos Portos e Aeroportos do Rio Grande do Sul (GARCIA, 2007).

Na conjugação dos termos “Vigilância Sanitária e Saúde do Trabalhador”, apareceram 266 produções na CAPES, 110 na BIREME, 65 na LILACS, 21 na BDTD e nenhuma produção no SCIELO. No entanto, da mesma forma, constatou-se pouca produção nos últimos cinco anos em relação aos objetivos desta dissertação. Destacam-se apenas seis publicações na BIREME sobre o delineamento de competências dos trabalhadores de nível técnico do campo das vigilâncias a partir do conhecimento e análise do processo de trabalho (COSTA; FERNANDES; PIMENTA, 2008; SOUZA; DALL’AGNOL, 2008; MENDES,

2009; DIAS et al., 2010; GOMES et al., 2010; BRASIL, 2011b). Na CAPES, a busca resultou em dois trabalhos que abordam a relação entre os níveis central e regional da VISA no Estado do Mato Grosso (MENEQUINI, 2010) e sobre a formação do profissional de VISA de portos e aeroportos (NUNES, 2008). Na LILACS, constavam quatro trabalhos já acessados nas bases supracitadas (GARCIA, 2007; MENDES, 2009; DIAS et al., 2010; GOMES et al., 2010) e na BDTD, igualmente dois trabalhos (GARCIA 2007; NUNES, 2008).

Com os termos “Vigilância Sanitária e Desenvolvimento Humano” foram encontradas 67 produções na CAPES, 16 na BIREME, 19 na BDTD, nove na LILACS e nenhuma produção no SCIELO. A leitura dos resumos resultou em apenas um trabalho na CAPES que apareceu também em outro descritor (NUNES, 2008), e dois na BDTD com destaque para uma produção sobre a formação na Escola Técnica de Blumenau-SC, a partir do processo de trabalho, visando caracterizar o processo ensino-aprendizagem no preparo de docentes para a VISA na atuação intersetorial e interdisciplinar (SILVA, 2009). A outra já fora identificada anteriormente (NUNES, 2008).

Já com a conjugação “Vigilância Sanitária e Práticas Educativas”, foram 11 na CAPES, dois na BIREME, dois na LILACS e seis na BDTD, resultando em uma produção na CAPES para conhecer os profissionais de VISA e suas práticas educativas (NUNES, 2008), mencionada acima. Com “Saúde do Trabalhador e Desenvolvimento Humano”, foram 2126 na CAPES, 89 na BDTD, 78 na BIREME e 16 na LILACS; entre eles, apenas um trabalho na CAPES e outro na BDTD relacionados ao tema desta dissertação, já antes mencionados.

Por fim, com a conjugação “Saúde do Trabalhador e Práticas Educativas”, foram 627 produções na CAPES, 51 na BDTD, 14 na LILACS e 15 na BIREME, resultando, após as leituras, no trabalho de Nunes (2008) na CAPES, e outro na BDTD, este discutiu as interfaces entre educação e trabalho no cotidiano de equipes de saúde (ALVES, 2010). Ao longo da pesquisa, a palavra-chave “Práticas Educativas” foi substituída por “Formação Profissional”, por considerá-la mais adequada aos seus objetivos.

Dentre o material analisado, duas produções chamaram a atenção. A de Nunes (2008), cujo objetivo foi conhecer os sujeitos capazes de ensinar/aprender/ensinar, construir o papel da formação profissional na ANVISA e compreender os métodos e as práticas educativas na formação dos profissionais de VISA dos portos e aeroportos. A outra teve por objetivo delinear o perfil e competências dos trabalhadores de nível técnico do campo das vigilâncias a partir do conhecimento e da análise do processo de trabalho (MENDES, 2009).

A literatura científica disponível considera a saúde do trabalhador uma meta, um horizonte, uma vontade que entrelaça trabalhadores, profissionais de serviços, técnicos e

pesquisadores sob premissas nem sempre explicitadas e consensualizadas (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997).

Maeno e Carmo (2005), em *Saúde do Trabalhador no SUS: aprender com o passado, trabalhar o presente, construir o futuro*, apontam a emergência dessa temática mediante um contexto marcado pelo crescimento dos movimentos pela redemocratização do país. Nessa produção identificam as diferenças entre os campos da Medicina do Trabalho, da Saúde Ocupacional e da Saúde do Trabalhador e seus termos correlatos, frequentemente empregados de forma equivocada, conforme esses autores.

Constata-se a vigência desses três campos sustentando a atuação profissional nos estudos registrados e focalizando o objeto – saúde do trabalhador – em óticas distintas. Sobre isso, Mendes e Dias (1991), no célebre artigo *Da Medicina do Trabalho à Saúde do Trabalhador*, em revisão sobre os conceitos e as práticas da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional, pontuaram, à época, a insuficiência desses modelos favorecendo o surgimento do campo da Saúde do Trabalhador.

Ao historiar a instituição desse último campo, Lacaz (1994) chama a atenção para o processo de acumulação de forças interinstitucionais em que, a partir dos anos 70, o Movimento Sindical passou a protagonizar de maneira explícita o papel de assumir a questão das relações entre trabalho e saúde como campo de luta.

Sato (1996) em seu artigo *As Implicações do Conhecimento Prático para a Vigilância em Saúde do Trabalhador* trata o tema da vigilância em saúde do trabalhador, enquanto ação em saúde motivada pelo conhecimento dos trabalhadores.

Na tese de doutorado intitulada *Saúde, Trabalho e Desenvolvimento Sustentável: apontamentos para uma Política de Estado*, Vasconcellos (2007), ao discutir o conceito saúde do trabalhador, faz apontamentos para uma política de Estado integralizadora da variável saúde, trabalho, produção, consumo, meio ambiente e desenvolvimento sustentável.

Tendo em vista que a saúde do trabalhador compõe o campo da saúde pública, na obra *Saúde do Trabalhador na Sociedade Brasileira Contemporânea*, seus organizadores, Minayo-Gomez, Machado e Pena (2011), destacam as Políticas e estratégias de vigilância e prevenção; acidentes e agravos; subjetividade e trabalho e trabalho em serviços e questões de gênero.

Costa (2001c) discute sobre o trabalhador da área de VISA, seu campo de atuação e seu poder de polícia, propondo investimento na qualificação dos trabalhadores para a construção de uma nova VISA.

Eduardo e Miranda (1998), dentro do projeto *Saúde & Cidadania*, desenvolveram o manual *Vigilância Sanitária* com a finalidade de servir como ferramenta para a modernização das práticas administrativas e gerenciais do SUS e capacitação desses profissionais.

Como o trabalho da VISA é muito amplo e complexo, fazendo-se necessária uma equipe multi e interdisciplinar em áreas diversas de conhecimento, De Seta, Pepe e Oliveira (2006), em *Gestão e Vigilância Sanitária: modos atuais do pensar e fazer*, mostram a articulação de saberes, campos do conhecimento e práticas diversas, discutindo sobre os objetos de intervenção da VISA (risco, processos de produção e consumo) e ao mesmo tempo refletem sobre este campo de prática da saúde pública.

Por sua vez, a conjugação dos termos – desenvolvimento humano e relações saúde-trabalho – na revisão mostrou-se infrutífera, especialmente quando relacionada a contextos de trabalho e utilizando os subsídios da Teoria Bioecológica. Todavia, considerando-se que o objeto dessa pesquisa e respectivo contexto de trabalho sofrem forte influência das políticas públicas e dos diferentes sistemas sociais que atuam sobre o desenvolvimento humano, foi essencial o suporte da obra *Bioecologia do desenvolvimento humano: tornando os seres humanos mais humanos*, de Urie Bronfenbrenner (2011). Nela, o autor, ao explicar as origens de sua teoria e seus conceitos, pressupõe que os seres humanos criam os ambientes, formando seu desenvolvimento, influenciando e sendo influenciados por eles.

Para melhor compreensão do objeto de estudo desta pesquisa, as seções que seguem abordam as questões teóricas sobre as inter-relações saúde e trabalho, interdisciplinaridade. Em seguida, apresenta-se um quadro geral sobre a VISA e a formação no trabalho, finalizando com a Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano.

2.1 Questões Teórico-metodológicas em Saúde do Trabalhador

A questão da saúde do trabalhador é uma conquista do trabalhador e da sociedade que lutou para sua concretização, especificamente entre o final do século XVIII e o momento atual. Neste capítulo, procurou-se discutir as categorias saúde e trabalho e as abordagens teórico-metodológicas que contribuíram para a configuração do modelo de saúde do trabalhador hoje existente.

2.1.1 Relação Saúde e Trabalho

Para discutir a relação saúde – trabalho se faz necessário delimitar o que é Saúde e o que é Trabalho.

Em 1946, a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas ausência de doença (SEGRE; FERRAZ, 1997). Apesar de ser um conceito universal de direito a uma vida plena e sem restrições, segundo Scliar (2007, p. 30) ele reflete uma “conjuntura social, econômica, política e cultural”, uma vez que a saúde não tem o mesmo significado para as pessoas, pois depende de concepções científicas, religiosas e filosóficas.

Além disso, Dejours (1986) refere ser um equívoco falar que saúde é um estado de bem-estar, uma vez que os organismos vivos (neles estamos incluídos) são caracterizados pelo movimento e não pela estabilidade e que trabalhar pela saúde é deixar livre o movimento do corpo. Portanto, pessoas consideradas saudáveis fisicamente podem estar enfermas do ponto de vista social, psíquico ou espiritual. Sugere então um conceito em que, “saúde para cada homem, mulher ou criança é ter meios de traçar um caminho pessoal e original, em direção ao bem-estar físico, psíquico e social” (DEJOURS, 1986, p. 11), entendendo esse bem-estar como dar liberdade ao homem para se adaptar e agir individual ou coletivamente.

Apesar da definição de saúde da OMS sofrer várias críticas desde sua criação, em 1978, na cidade de Alma-Ata no Cazaquistão, a OMS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) realizaram a Conferência Internacional de Assistência Primária à Saúde, que ficou conhecida como Declaração de Alma-Ata. De acordo com essa declaração, até o ano 2000, todos os países deveriam atingir a meta de “saúde para todos” (MENDES, 2004, p. 447).

Outras conferências surgiram, como a Declaração de Adelaide (1988), a Declaração de Sundsvall (1991), a Declaração de Bogotá (1992) e a Declaração de Jacarta (1997); entretanto, a meta proposta pela Declaração de Alma-Ata representou o ponto de partida no Brasil para outras iniciativas, como a VIII Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986, a Constituição Federal de 1988 e a criação do SUS.

A VIII Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 1986, p. 4) definiu saúde de forma mais abrangente, como “resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda,

meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde.”

Já o artigo 196 da Constituição de 1988 aponta a saúde como “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988, p. 133). Porém, esta “Saúde para todos” defendida por todos esses documentos parece ainda estar longe de contemplar a maioria da população mundial. Scliar (2007) ao comentar esse artigo refere que ele evita discutir o conceito de saúde por ser uma proposta política, embora apresente os princípios básicos do SUS.

Assim, falar em saúde e conceituá-la é um grande desafio (ALMEIDA FILHO, 2000), pois que vai além da ausência de doença, como discutido na obra *O Normal e o Patológico* de Canguilhem (2009, p. 64), ao desvelar as múltiplas facetas do binômio saúde-doença. Para esse autor, “o que caracteriza a saúde é a possibilidade de ultrapassar a norma que define o normal momentâneo, a possibilidade de tolerar infrações à norma habitual e de instituir normas novas em situações novas”. Para ter saúde, deve-se incluir a doença, pois o ato de adoecer é próprio de quem vive. “A doença é, ao mesmo tempo, privação e reformulação” (CANGUILHEM, 2009, p. 60). Assim, segundo esse autor, ter saúde é adoecer e sair do estado patológico, é sobreviver aos entraves que a vida prepara, adequar-se à condição de vida e ser feliz. Adoecer faz parte da nossa vida e estar doente permite repensar e reorganizar a nossa forma de viver.

Como um direito garantido pela Constituição Federal, a saúde da população é prevista pelas políticas públicas como um dever do Estado de garantir o direito à vida tanto no contexto social como laboral, na ótica da prevenção e também da promoção. O caráter preventivo da saúde pública nos remete à VISA, que para Costa (2008) é a configuração mais antiga de saúde pública e “insere-se predominantemente no campo de práticas sociais da Promoção da Saúde” (ALMEIDA FILHO, 2000, p. 14), portanto como parte importante do campo da saúde coletiva, entendido como um conjunto de conhecimentos (saberes e práticas) sobre a produção de saúde e doenças.

Isto significa que, por trabalhar com o coletivo, deve garantir a saúde das pessoas em todo o contexto, ou seja, no ambiente, nas pessoas e na organização social. Para alcançar o objetivo de saúde coletiva, deve fazer o emprego de técnicas de promoção da saúde e prevenção de riscos (CAMPOS, 2012).

Portanto, a saúde coletiva contribuiu para a construção do SUS, assim como para a inserção da VISA e um de seus braços, a saúde do trabalhador, de acordo com a Constituição Federal de 1988.

Mas é importante ressaltar que a saúde coletiva:

Apreende a categoria trabalho incorporando o conceito de processo de trabalho, no qual o foco não se restringe à sua constituição ambiental – composta de vários fatores e agentes de risco externos ao trabalhador –, mas como uma categoria explicativa que se inscreve nas relações sociais de produção, conforme formulado pelo materialismo histórico (NAVARRO, 1982, apud SATO; LACAZ; BERNARDO, 2006, p. 284).

Por sua vez, a palavra trabalho tem sua origem no latim *Tripalium*, significando primeiramente, o “instrumento utilizado pelos agricultores para bater o trigo” e, depois um “instrumento de tortura”. Essa palavra se liga ao verbo do Latim vulgar *Tripaliare*, que também significa “tortura” (ALBORNOZ, 2000).

Na cultura grega, o trabalho humano assumia o significado de *Labor* (esforço do trabalho na terra, atividade produtora e atividade do artesão respectivamente), *Poiesis* (o trabalho propriamente dito, a fabricação e o fazer) e *Práxis* (o domínio da vida ativa, na qual o instrumento usado pelo homem é o discurso, a sua própria palavra) (ALBORNOZ, 2000).

Oliveira (2001, p. 72) define trabalho como “a relação entre o homem e a natureza, através do qual o homem utiliza sua energia, força, para transformar, manter, ou produzir bens necessários à sua sobrevivência.”

Guazzelli (2010) define trabalho como uma experiência de ser nesse mundo. Entretanto, Nosella (1995, p. 30) menciona que trabalho “não é uma vaga ideia que se aplica indistintamente a qualquer atividade que o homem faz para sobreviver”. Com a idade moderna, o trabalho passou a exigir do homem menos habilidade manual, reduzindo “a jornada de trabalho para transformar o homem escravo em cidadão político, culto e artista” (NOSELLA, 1995, p. 32), isto é, um ser produtivo.

Laurell e Noriega (1989, p. 100) argumentam que a relação do trabalho com a saúde “não foi o ponto de partida, mas o ponto de chegada, quando colocou a necessidade de entender a saúde-doença não somente como um processo bio-psíquico, mas antes de tudo como um processo social” e que trabalho-saúde-doença emergem da Medicina Social Latino-Americana ou saúde coletiva originando o campo da Saúde do Trabalhador.

Para Lacaz (1996), esta Medicina Social Latino Americana propõe:

Uma visão do conceito de trabalho que incorpora a idéia de processo de trabalho na qual o foco não se restringe à sua composição ambiental constituída dos vários fatores/agentes de risco ambiental constituída dos vários fatores/agentes de risco e externo ao trabalhador, mas como uma “categoria” explicativa que se inscreveria nas relações sociais de produção existentes entre o capital e o trabalho (LACAZ, 1996, p. 23).

Esta relação saúde-trabalho mostra que o adoecimento dos trabalhadores está diretamente ligado ao processo de trabalho que se constitui “um dos elementos-chave para a compreensão dos determinantes da saúde do trabalhador” (LAURELL; NORIEGA, 1989, p. 106). Neste contexto, o processo de trabalho está diretamente relacionado à produção capitalista, cuja finalidade é a extração da mais-valia e acumulação de capital em “que é preciso, pois, remeter ao conceito de processo de produção, com suas duas facetas: o processo de valorização (de produção de mais-valia) e o processo de trabalho (de produção de bens)”, sendo um relacionado ao outro (LAURELL; NORIEGA, 1989, p. 105).

Desta forma, “se para o capital o processo de trabalho é o meio do processo de valorização, para o trabalho é o âmbito da luta contra a exploração. Para ambos esse processo é inevitável e, portanto, um espaço indiscutível de confronto” (LAURELL; NORIEGA, 1989, p. 106) e para compreendê-lo é preciso conhecer o objeto de trabalho, os instrumentos, assim como o próprio trabalho. Para esses autores, falta um conceito que envolva desde o processo de trabalho que determina as condições ambientais, até sua manifestação no corpo dos trabalhadores.

Lembram, também, que na relação saúde-trabalho, as cargas de trabalho (movimento dinâmico dos elementos do processo de trabalho, interagindo ente si e com o corpo do trabalhador) e o processo de desgaste (perda da capacidade afetiva, biológica e psíquica) se manifestam apenas a nível coletivo (LAURELL; NORIEGA, 1989). Segundo esses autores, há necessidade de usar a palavra cargas de trabalho, em vez de risco, e o desgaste, em vez de doença. Tanto a carga de trabalho como o desgaste interferem diretamente no processo de trabalho.

Embora o termo trabalho apresente grande complexidade, para efeito desse estudo, considera-se o trabalho em uma perspectiva ampliada, em que o processo saúde-trabalho que subsidia o campo da Saúde do Trabalhador reconhece que os determinantes sociais influenciam a saúde dos trabalhadores, além dos aspectos físicos, químicos, ergonômicos relacionados ao ambiente de trabalho (MENDES; DIAS, 1991; RAMOS, 2008; SELIGMANN – SILVA et.al., 2010).

No caso da VISA, segundo Costa (2001c, p. 4), o trabalho requer “competência técnico-científica e política” para fiscalizar o cumprimento das normas, visando controlar riscos e garantir a segurança sanitária e, intervindo diretamente na relação produção-consumo, relação esta altamente marcada no mundo contemporâneo. Além disso, esse tipo de trabalho “apresenta especificidades que o distinguem do trabalho em saúde em geral, em relação ao objeto, aos meios de trabalho e elementos que compõem os seus processos de trabalho” (SOUZA; COSTA, 2010, p. 3333). Neste contexto, o trabalho na VISA possui características próprias devido a sua especificidade e que ao longo do tempo também pode se modificar.

Para Souza (2007), o processo de trabalho na VISA está baseado nos seguintes elementos:

Objeto de trabalho: produtos, serviços, processo e ambientes de interesse da saúde. **Meios de trabalho:** instrumentos materiais, normas técnicas e jurídicas e saberes mobilizados para a realização do trabalho de controle sanitário. **Agentes de trabalho:** funcionários do Estado que atuam no aparato institucional da VISA. **Produto do trabalho:** controle dos riscos sanitários sobre produtos, serviços, processos e ambientes de interesse da saúde. **Finalidade do trabalho:** proteção e defesa da saúde coletiva (SOUZA, 2007, p. 56). (grifo do autor).

Portanto, o trabalho na VISA, na visão de Souza (2007), tem como finalidade a proteção e a defesa da saúde coletiva envolvendo além da doença e do controle de riscos, a promoção da qualidade de vida do cidadão e do trabalhador, assim como compreender o processo e adoecimento destes trabalhadores, reportando-se às inúmeras áreas do conhecimento.

Nessa direção é possível supor que a concepção de trabalho da VISA, conforme Souza e Costa (2010, p. 3330), assegura a proteção da saúde coletiva, mas também reproduz e amplia o capital, pois “[...] opera saberes e práticas que tentam acompanhar o desenvolvimento científico e tecnológico das forças produtivas, na busca de minimizar as externalidades negativas à saúde, por meio do controle dos riscos sanitários.”

Tratar da inter-relação saúde-trabalho, então, implica convocar diferente saberes, tendo em vista a complexidade do objeto de estudo, pesquisa e intervenção envolvido na saúde do trabalhador. Contudo, não basta conhecer esse objeto, pois os conhecimentos necessários à prática requerem daqueles que a realiza uma atitude favorável.

Neste sentido, segundo Fazenda (2002):

Interdisciplinaridade é uma nova atitude diante da questão do conhecimento, de abertura à compreensão de aspectos ocultos do ato de aprender e dos aparentemente expressos, colocando-os em questão. Exige, portanto, na prática uma profunda imersão no trabalho cotidiano (FAZENDA, 2002, p.11).

Essa definição remete ao fato de que para haver interdisciplinaridade “são necessárias duas ou mais pessoas com diferentes saberes querendo interagir”, comunicando seu conhecimento e nisso está incluído como o indivíduo construiu suas interações com outros no decorrer de sua vida (STAUDT, 2008, p. 79). Em virtude de a área da saúde do trabalhador pertencer à Saúde Pública, essa autora afirma, portanto, que o profissional dessa área deve ter claramente o perfil que ela exige.

Saupe et al. (2005) assinalam que o profissional de saúde precisa saber que trabalhar de forma interdisciplinar requer atitudes como respeitar a disciplina do outro; respeitar o outro; respeitar as limitações do outro; praticar a tolerância; aceitar sugestões; respeitar as competências; ter comprometimento com o sistema; saber ouvir; desenvolver o espírito crítico; ter atitude de mudança, de ética, de liderança, de respeito às diferenças; e se colocar no lugar do outro.

No campo da Saúde do Trabalhador essa pretensa interdisciplinaridade, já proposta nos mecanismos legais (aqui mencionados), está na base dos pressupostos teórico-metodológicos desta abordagem. Não há como abordar seu objeto sem os fundamentos gerais da grande área da saúde e ciências afins (medicina e suas especialidades, enfermagem, fisioterapia, entre outras), tampouco não lançar mão das ciências sociais e humanas para a compreensão e contextualização desses fenômenos, das ciências ambientais e da engenharia de segurança, entre outras contribuições.

Esta questão, no entanto, nem sempre foi concedida nesta perspectiva. Para compreender esta evolução, faz-se necessária uma retomada de como no Brasil ocorre este encaminhamento.

2.1.2 Breve História da Inter-relação Saúde e Trabalho no Brasil

A Revolução Industrial trouxe muitos avanços tecnológicos e mudanças na vida dos trabalhadores. Na curta história do Brasil, a maneira com que se estruturou social e economicamente o país também determinou o modelo de relação com o trabalho:

Com a abolição da escravatura no fim do século passado e a vinda dos imigrantes europeus no início deste século, o Brasil dá início ao seu primeiro grande surto Industrial com quase cem anos de atraso. As grandes invenções do fim do século XIX, a revolução industrial da máquina a vapor e da indústria têxtil, além das transformações políticas, sociais e econômicas do mundo, impactaram sobre o Brasil república (FRIAS JÚNIOR, 1999, p. 37).

Segundo Frias Júnior (1999), no início do Século XX o país passou a ter como referência as influências externas e doutrinárias advindas da Europa e dos Estados Unidos, além das influências internas, provocando profundas mudanças sociais e políticas no país. O ensino de higiene do trabalho foi incluído nos cursos de sanitaristas e houve um crescimento do movimento sindical.

Embora no cenário internacional a Medicina do Trabalho já constituísse um campo de atenção, desde a passagem do século XIX para o século XX, no Brasil, é na década de 1950 que se desenvolveu, constituindo-se parte da maioria dos currículos das escolas médicas brasileiras. Com o golpe militar de 1964, o país passou por um período de restrições das liberdades democráticas, fazendo com que se mantivesse:

[...] a lógica do totalitarismo – o Governo tentava disciplinar a questão do trabalho, aplicando leis e reformas. A Previdência Social unificou os Institutos de categorias, não só para organizar a política de benefícios sociais, mas também para enfraquecer o movimento sindical. O Ministério do Trabalho também consolidou suas ações, intervindo decisivamente em segurança e saúde do trabalhador (FRIAS JÚNIOR, 1999, p. 39).

Em 1968, na Europa, acontecia a guerra fria e o dualismo ideológico e político do Capitalismo X Socialismo, assim como a disseminação dos movimentos libertários e democratizantes (HOBSBAWN, 1995). Enquanto isso, o Brasil, cuja população era marcadamente jovem naquele momento, sofreu influência desses acontecimentos e de sua própria história de sofrimento e revolta contra a ditadura militar (FRIAS JÚNIOR, 1999).

O final da década de 1970 foi marcado por dois movimentos importantes, o que ficou conhecido como Reforma Sanitária, influenciada pela Declaração de Alma - Ata (1978) e o Movimento Sindical iniciado com as grandes greves de 1978 nas indústrias automobilísticas.

Segundo Lacaz (1994), ainda em 1978 foi criada a Comissão Intersindical de Saúde e Trabalho que posteriormente passou a se chamar Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes do Trabalho (DIESAT), contribuindo com as discussões sobre saúde e trabalho.

A criação do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) na década de 1990, dos sindicatos e da Central Única dos Trabalhadores (CUT) teve importante papel na emergência do que ficou conhecido como o campo da Saúde do Trabalhador (MENDES; DIAS, 1991). Essa proposta surgiu no sentido de fazer com que a saúde pública adotasse um olhar para a relação saúde-trabalho que superasse a perspectiva dos campos da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional.

Detalha-se, a seguir, essas três abordagens que atuam sobre as inter-relações saúde e trabalho.

2.1.3 Campo da Medicina do Trabalho

Conforme Frias Júnior (1999), a saúde do trabalhador, na Europa, vem sendo discutida desde a antiguidade, mas foi em 1700, a partir da obra intitulada *De Morbis Artificum Diatriba*, do médico Bernardino Ramazzini, precursor da Medicina do Trabalho, que as condições de saúde e trabalho passaram a ser discutidas, uma vez que o autor descrevia as doenças em mais de cinquenta profissões da época.

Porém, na Inglaterra, com a Revolução Industrial e o surgimento do trabalho em ambientes fechados denominados de fábricas, a condição do trabalho mudou substancialmente, tendo em vista que antes ele era geralmente exercido pelos artesões e artífices em suas próprias casas. Esta nova situação incorreu em forte êxodo da população do campo para as cidades, impacto na qualidade de vida e de trabalho, problemas de saneamento básico, entre outras questões. Consequentemente, cresceu a possibilidade de disseminação de doenças e acidentes nas áreas fabris, emergindo a categoria denominada “Médico de Fábrica”, para zelar dos riscos ao qual o capital estava exposto, conforme explicitam Mendes e Dias (1991).

Frias Júnior (1999, p. 30) ilustra bem o advento da revolução industrial e suas decorrências.

[...] o trabalho em ambientes fechados, às vezes confinados, a que se chamou de fábricas. O êxodo rural, as questões urbanas de saneamento e de miséria se juntaram a outro grande problema: as péssimas condições de trabalho (e ambiente) alterando o perfil de adoecimento dos trabalhadores que passaram a sofrer acidentes e desenvolver doenças nas áreas fabris, como por exemplo, o tifo europeu (na época chamado *febre das fábricas*). A maioria da mão de obra era composta de mulheres e crianças que sofriam a agressão de diversos agentes, oriundos do processo e/ou ambiente de trabalho (FRIAS JUNIOR, 1999, p. 30). (grifo do autor)

É neste contexto, portanto, que emerge o campo da Medicina do Trabalho, centrada na figura do médico que:

[...] orienta-se pela teoria da unicausalidade, ou seja, para cada doença, um agente etiológico. Transplantada para o âmbito do trabalho, vai refletir-se na propensão a isolar riscos específicos e, dessa forma, atuar sobre suas conseqüências, medicalizando em função de sintomas e sinais ou, quando muito, associando-os a uma doença legalmente reconhecida (MINAYO – GOMÉZ; THEDIM COSTA, 1997, s.p.).

Este campo buscou dar respostas às necessidades do processo produtivo, no sentido de assegurar a preservação da força de trabalho e encontrar um mediador competente para os conflitos emergentes entre trabalhadores e patronato. Assim, a figura do médico dentro da fábrica significava ampliar as medidas de proteção aos trabalhadores, porém, segundo Mendes e Dias (1991), eram médicos de confiança dos patrões, contratados para defendê-los e assumir inteira responsabilidade pela ocorrência dos problemas de saúde dos trabalhadores.

Vasconcellos e Pignati (2006) afirmam que o médico do trabalho não tinha a missão de tratar do trabalhador, mas somente avaliar sua capacidade física de continuar ou não trabalhando, sendo permitido a ele autorizar apenas um afastamento temporário. O afastamento definitivo, quando necessário, era definido e resolvido por outro médico que não o do trabalho.

Analisando essa situação, percebe-se que o trabalhador deixou sua condição de escravo (propriedade da empresa), função essa que tinha antes da Revolução Industrial, para vender sua força de trabalho aos capitalistas, sendo chamado de “proletário” (VASCONCELLOS; OLIVEIRA, 2007).

A Medicina do Trabalho, além de ser uma atividade essencialmente médica, de prática nos locais de trabalho (fábricas), tem a tarefa de cuidar do processo adaptativo físico e mental do proletariado, hipoteticamente contribuindo na colocação em tarefas e postos de trabalho correspondentes às aptidões. Essa adaptação restringia-se à seleção de candidatos a vagas de

empregos e à adaptação daqueles às suas condições de trabalho, por meio de atividades educativas. Portanto, a Medicina do Trabalho tinha a tarefa de “contribuir ao estabelecimento e manutenção do nível mais elevado possível do bem-estar físico e mental dos trabalhadores” (MENDES; DIAS, 1991, p. 342), detendo um poder próprio da concepção positivista da prática médica. Nessa abordagem, a doença passou a ser vista como o resultado da ação de agentes específicos, os riscos, e a sua solução na ação curativa, referenciada a um modelo de unicausalidade, ou seja, para cada doença haveria um respectivo agente etiológico correspondente (MINAYO-GOMES; THEDIM-COSTA, 1997).

O médico do trabalho avaliava a capacidade física do trabalhador de poder continuar ou não trabalhando, devolvendo-o às fontes determinantes de seu mal-estar original. Se não produzissem, eram descartados, por irem contra os interesses do processo produtivo, alegando que os trabalhadores eram os únicos culpados pelos danos sofridos (VASCONCELLOS; PIGNATI, 2006).

O conceito de risco, na Medicina do Trabalho, é usado de forma isolada, significando uma visão sobre o homem trabalhador sob a ótica individual. Considera-se como risco a não proteção do corpo do trabalhador e os riscos provenientes dos ambientes de trabalho (processo de produção), isto é, desconsidera-se o microambiente.

Após a Segunda Guerra Mundial, o custo provocado pela perda de vidas por acidentes do trabalho começou a ser percebido pelos trabalhadores e pelas seguradoras, a partir das indenizações pagas às incapacidades provocadas pelo trabalho (MENDES; DIAS, 1991). No Brasil, surge com a necessidade de o Estado regulamentar os ambientes de trabalho e, como menciona Nardi (2011), é a Medicina do Trabalho e não do trabalhador. Portanto, a Medicina do Trabalho fica restrita à saúde do trabalho (da produção) e não do trabalhador, deixando de lado a relação entre o processo de trabalho e a saúde.

O cenário de transformações no mundo do trabalho, à época, fez com que a Medicina do Trabalho abrisse espaço para a emergência do campo da Saúde Ocupacional, mediante sua impotência em intervir sobre os problemas de saúde causados pelos processos de produção (MENDES; DIAS, 1991; VASCONCELLOS; PIGNATI, 2006) descritos adiante, embora as práticas da Medicina do Trabalho sejam ainda vigentes.

2.1.4 Campo da Saúde Ocupacional

Em 1919, a criação da Organização Internacional do Trabalho (OIT) envidou esforços para regular e organizar o processo de trabalho, acompanhando o surgimento das primeiras escolas de Saúde Pública, com ênfase na Medicina Preventiva, sendo esse novo modelo baseado na interdisciplinaridade e na multidisciplinaridade. Assim, a Saúde Ocupacional “nasce sob a égide da Saúde Pública com uma visão bem mais ampla que o modelo original de Medicina do Trabalho” (FRIAS JÚNIOR, 1999, p. 33). Essa perspectiva é retratada na citação que segue.

A Saúde Ocupacional surge principalmente nas grandes empresas, com o traço da multi e interdisciplinaridade, com a organização de equipes progressivamente multi-profissionais, e a ênfase na higiene industrial, refletindo a origem histórica dos serviços médicos e o lugar de destaque da indústria nos países industrializados (MENDES; DIAS, 1991, p. 343).

Portanto, o campo da Saúde Ocupacional surgiu após a II Guerra Mundial, em um contexto de profundas transformações, deslocando o foco do indivíduo para o ambiente de trabalho, centrando-se na prevenção da saúde (DIAS, 1994). Sua estratégia é intervir nos locais de trabalho, controlar os riscos ambientais, refletindo-se nessa postura a influência das escolas de saúde pública, propiciando que as pesquisas dos problemas de saúde ocupacional encontrassem seu apogeu na metade do século XX (MENDES; DIAS, 1991).

Este modelo incorpora a teoria da multicausalidade, em que “um conjunto de fatores de risco é considerado na produção da doença e avaliado através da clínica médica, de indicadores ambientais e biológicos de exposição e efeito” (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997, p. 23).

No Brasil, a adoção e o desenvolvimento do campo da Saúde Ocupacional deram-se tardiamente, com destaque para a criação da área de “Saúde Ocupacional” na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, além da criação da Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho – FUNDACENTRO e da regulamentação do Capítulo V da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), principalmente as normas relativas à obrigatoriedade de equipes técnicas multidisciplinares nos locais de trabalho (MENDES; DIAS, 1991).

Na avaliação desses autores, vários fatores fizeram com que os objetivos da Saúde Ocupacional não fossem atingidos, tais como a manutenção do modelo mecanicista da Medicina do Trabalho, a não concretização da interdisciplinaridade entre os diferentes

campos de conhecimento e o fato de os recursos humanos não acompanharem a transformação dos processos de trabalho, entre outros fatores. Segundo Minayo-Gomez e Thedim-Costa (1997) repetiram-se, assim, na prática, as limitações da Medicina do Trabalho, ao enfatizarem apenas o uso de equipamentos de proteção individuais (EPIs) e coletivos (EPCs).

Todos esses questionamentos e evidências em relação ao esgotamento do modelo da Saúde Ocupacional instigaram a emergência da abordagem da Saúde do Trabalhador, discutida a seguir. Todavia, faz-se importante assinalar que é ainda no bojo das concepções de Saúde Ocupacional que a VISA é restaurada, enquanto mecanismo das políticas públicas.

2.1.5 Campo da Saúde do Trabalhador

A Saúde do Trabalhador é um campo da Saúde Pública que nasce:

[...] da articulação de diversos campos como Medicina Social, Saúde Coletiva, Medicina do Trabalho, Sociologia do Trabalho, Epidemiologia Social, Engenharia, Psicologia, Ergonomia entre outros, que, aliado ao saber do trabalhador sobre seu ambiente de trabalho e suas vivências das situações de desgastes neste contexto, estabelece uma nova forma de compreensão das relações entre saúde e trabalho (PASSOS, 2005, p. 46).

Tudo indica que até a década de 1930 não existiram ações governamentais que se responsabilizassem por todos os tipos de ações individuais de saúde, sendo o tratamento das doenças bastante diferenciado. Os burgueses eram tratados em suas próprias casas ou em clínicas particulares, enquanto que os pobres ou faziam uso de práticas populares ou eram internados em hospitais religiosos. Se diagnosticados com tuberculose ou hanseníase, iam para sanatórios (LIMA; BAPTISTA, 2006).

Nessa década surgiram os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP) para garantir ao trabalhador o direito a alguns benefícios sociais, contudo apenas o trabalhador formal e contribuinte tinha o direito de usufruir desses benefícios de acordo com o poder econômico.

Em 1966, os IAPs se fundiram, criando o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), passando os benefícios a serem os mesmos para todas as categorias. A estrutura do INPS foi alterada em 1977, com a criação do Instituto Nacional da Assistência Médica da

Previdência Social (INAMPS), delimitando a política de assistência médica (LIMA; BAPTISTA, 2006).

No final dos anos de 1970, o privilégio ao setor privado, o saneamento precário, entre outros fatores, fizeram com que a Previdência entrasse em crise. O campo da saúde pública não se desenvolveu como o campo da assistência médica previdenciária e as doenças que já haviam sido controladas retornaram em surtos epidêmicos. Essa crise fez crescer os movimentos sociais culminando naquele que passou a ser conhecido como Reforma Sanitária (LIMA; BAPTISTA, 2006), resultando na década de 1980 em grandes mudanças. Dentre elas, a inclusão da saúde como direito na Constituição Federal de 1988, rompendo com as formas de lidar com as doenças relacionadas aos acidentes de trabalho através da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional.

Em 1981, as Ações Integradas de Saúde (AIS) constituíram-se em uma proposta de integração e racionalização dos serviços públicos de saúde e, em 1986, foi realizada a VIII Conferência Nacional de Saúde estabelecendo um marco político e contribuindo para, no ano seguinte, a Assembleia Nacional Constituinte criar o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), estabelecendo uma transição para o SUS (LIMA; BAPTISTA, 2006).

Dessa forma, no Brasil, após quase 500 anos de história, o direito universal à saúde foi conquistado pelo povo brasileiro finalmente em 1988, com a criação do SUS pela Constituição da República Federativa do Brasil e regulamentado pela lei 8.080/90 e 8.142/90 (BRASIL, 2004).

Tal direito à saúde (competência do SUS) tem relação direta com a questão da saúde do trabalhador envolvendo todos os níveis de atenção e esferas de governo (caráter intrassetorial), os Ministérios da Previdência e Assistência Social, do Trabalho e Emprego, do Meio Ambiente, da Justiça, da Educação e demais setores relacionados às políticas de desenvolvimento (caráter intersetorial) exigindo uma abordagem interdisciplinar, com a gestão participativa dos trabalhadores (BRASIL, 2004).

Nesse contexto, a Lei 8.080/1990, denominada “Lei Orgânica de Saúde”, no seu art. 6º, § 3º, define saúde do trabalhador como:

[...] um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e à reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho [...] (BRASIL, 1990b, s.p.).

Na II Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, realizada em 1994, o campo saúde do trabalhador passou a ser considerado um campo do saber que visa compreender as relações entre o trabalho e o processo saúde-doença (BRASIL, 2001a) e constitui:

[...] uma área da Saúde Pública que tem como objeto de estudo e intervenção as relações entre o trabalho e a saúde. Tem como objetivos a promoção e a proteção da saúde do trabalhador, por meio do desenvolvimento de ações de vigilância dos riscos presentes nos ambientes e condições de trabalho, dos agravos à saúde do trabalhador e a organização e prestação da assistência aos trabalhadores, compreendendo procedimentos de diagnóstico, tratamento e reabilitação de forma integrada, no SUS (BRASIL, 2001b, p. 17).

Minayo-Gomez e Thedim-Costa (1997) salientam que a saúde do trabalhador compreende:

[...] um corpo de práticas teóricas interdisciplinares – técnicas, sociais, humanas – e interinstitucionais, desenvolvidas por diversos atores, situados em lugares sociais distintos e informados por uma perspectiva comum. Esta perspectiva é resultante de todo um patrimônio acumulado no âmbito da Saúde Coletiva, com raízes no movimento da Medicina Social latino-americana e influenciado pela experiência italiana (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997, p. 25).

Essa experiência italiana, conhecida como “Modelo Operário Italiano”, teve grande influência no movimento em prol da emergência do campo da Saúde do Trabalhador, no final dos anos 1970, tendo como foco particular a mudança e o controle das condições de trabalho das unidades produtivas (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997).

Assim, a saúde do trabalhador no Brasil tem como referência a situação antes e depois do movimento da Reforma Sanitária, que no final dos anos 1970 denunciou a forma de organização do sistema de saúde, particularmente os gastos excessivos do governo, a crise e o “privilegiamento da oferta de ações e serviços” à população (LIMA; BAPTISTA, 2006, p. 96).

No entanto, observam-se que as ações em saúde do trabalhador, no âmbito do SUS, têm se desenvolvido de forma desigual nos estados e municípios e a melhoria desse quadro implica qualificar as práticas de saúde. Para que ocorra de modo efetivo, exige abordagem interdisciplinar e a utilização de instrumentos, saberes, tecnologias originadas de diferentes áreas de conhecimento colocadas a serviço das necessidades dos trabalhadores (BRASIL, 2004).

Considerando a evolução dessa política, esse quadro indica que as ações em saúde do trabalhador antes da Reforma Sanitária (preocupando-se apenas com a doença do trabalhador do ponto de vista biomédico) obtiveram algum sucesso. Com a Constituição Federal passou a ter força de lei; entretanto, é um quadro ainda pouco efetivo diante da complexidade envolvida no processo saúde e doença no trabalho, abrangendo um campo de lutas e interesses de diferentes sujeitos e instâncias sociais.

Para Nardi (2011) esta reforma tratou da:

Construção de um saber e de uma prática interdisciplinar, se diferenciando de uma ação centrada no conhecimento médico ou nos saberes divididos em compartimentos (engenharias, psicologia, medicina, enfermagem, serviço social etc.), realizado na forma de uma equipe de técnicos das várias profissões (NARDI, 2011, p. 327).

Na prática, observa-se a vigência dos três modelos, o da Medicina do Trabalho, o da Saúde Ocupacional e o do campo da Saúde do Trabalhador (ver Anexo E), predominando na rede privada o modelo da Saúde Ocupacional (DIAS, 1995). Já na rede pública, há uma tendência ao modelo de Saúde do Trabalhador do ponto de vista ideológico, a despeito dos entraves na sua operacionalidade. A distinção entre as concepções da relação saúde-trabalho nos campos da Medicina do Trabalho, da Saúde Ocupacional e da Saúde do Trabalhador consta em um quadro comparativo esclarecedor nesse anexo.

Portanto, constata-se que a emergência do campo da Saúde do Trabalhador foi uma resposta aos modelos hegemônicos das práticas de intervenção e regulação das relações saúde-trabalhos tradicionais, executadas pelos profissionais ligados à Medicina do Trabalho, à Engenharia de Segurança e à Saúde Ocupacional (NARDI, 2011), abrindo espaço de compartilhamento entre ciências afins.

2.2 A Vigilância Sanitária no Brasil

A compreensão da constituição da VISA como órgão se mostra importante, por conta dos avanços e abordagens sobre saúde-doença que adotou ao longo de sua história.

A partir da promulgação das leis orgânicas da saúde, em 1990, a VISA deveria fortalecer o trabalho conjunto nas três esferas de governo, articulando saberes, práticas com

enfoque no risco sanitário, compartilhando tecnologias, conhecimentos e experiências (BRASIL, 2007b).

Para Eduardo e Miranda (1998), a definição de VISA vai além do que está estabelecido na lei 8080/1990 e ganha a condição de prática capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos, incorporando a noção de meio ambiente e abrangendo também as relações sociais do mundo construído pelo homem e seu ambiente de trabalho.

As ações de VISA constituem uma das mais antigas faces da Saúde Pública, um campo de saberes interdisciplinares e práticas sanitárias, políticas e jurídicas.

Desde épocas memoriais as sociedades, sob os mais diversos modos de produção da vida social, vêm tentando exercer controle sobre os elementos essenciais à vida em coletividade e que geram ameaças à saúde e à vida. Constata-se que as primeiras ações do campo da Vigilância não foram instituídas com o modo de produção capitalista, nem sob o domínio da medicina e que desde sua origem visam ao controle sanitário do ambiente, dos alimentos, do exercício da medicina e farmácia e, gradativamente, de numerosos produtos, tecnologias e serviços – objetos de trocas comerciais – intrinsecamente envolvidos no complexo saúde-doença-cuidado-qualidade de vida (COSTA, 2001b, p. 15).

A VISA originou-se na Europa dos séculos XVII e XVIII e no Brasil, com a abertura dos portos brasileiros às nações amigas em 1808 por D. João VI, iniciou-se com o controle dos navios, das tripulações e dos passageiros que chegavam ao país, para evitar a entrada de doenças de outras partes do mundo. Essa ação marca também o início da Saúde Pública no contexto brasileiro.

Com a epidemia de febre amarela em 1599, foi criada a Comissão Central de Saúde Pública, estabelecendo uma nova organização da VISA que se manteria até o final do século XIX (BRASIL, 2007a). Mas segundo Eduardo e Miranda (1998), com o crescimento econômico após a II Guerra Mundial é que as atribuições da VISA se ampliaram.

Na década de 1970, essas atribuições foram distribuídas entre a esfera Federal e Estadual, mas com a falta de estrutura e capacidade fiscalizadora passou a adquirir características cartoriais. Por conta disso, surgiu a Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde (SNVISA/MS) (LUCHESE, 2006).

No final da década de 1980, a SNVISA/MS, à época do Governo de Fernando Collor, iniciou sua reformulação, transformando-se em Sistema de Vigilância Sanitária (SVS), uma autarquia especial de 1995 até 1999, quando o Ministro José Serra criou definitivamente a ANVISA com a Lei 9.782, de 26 de janeiro de 1999, tornando-se então uma agência

reguladora – autarquia sob regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde (MS) (LUCCHESI, 2006).

Atualmente, a maioria dos municípios usa a expressão “Vigilância em Saúde ou da Saúde” para executar as suas ações de VISA em conjunto com a Vigilância Epidemiológica, tendo em vista que a partir da década de 1990 tornou-se possível esta ação integrando:

1) a ‘vigilância’ de efeitos sobre a saúde, como agravos e doenças, tarefa tradicionalmente realizada pela ‘vigilância epidemiológica’; 2) a ‘vigilância’ de perigos, como agentes químicos, físicos e biológicos que possam ocasionar doenças e agravos, tarefa tradicionalmente realizada pela ‘vigilância sanitária’; 3) a ‘vigilância’ de exposições, através do monitoramento da exposição de indivíduos ou grupos populacionais a um agente ambiental ou seus efeitos clinicamente ainda não aparentes (subclínicos ou pré-clínicos), este último se coloca como o principal desafio para a estruturação da ‘vigilância ambiental’ (FREITAS; FREITAS, 2005 apud MONKEN; BATISLELA, 2011, s.p.). (grifos do autor)

A figura 2 ilustra o organograma da estrutura governamental brasileira relativa ao MS, ao qual o órgão da VISA se vincula e estabelece seus níveis de subordinação.

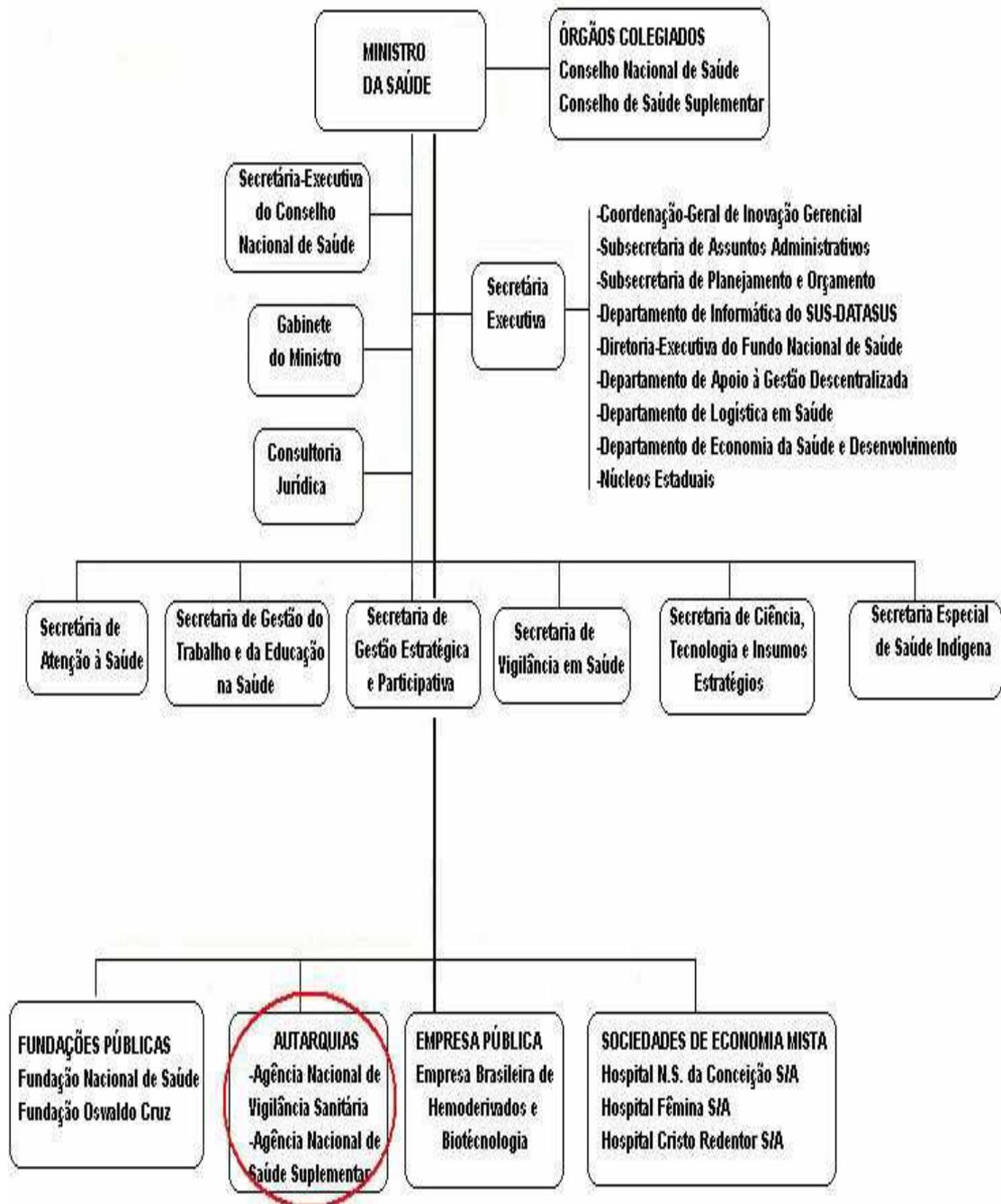


Figura. 2. Organograma do Ministério da Saúde. Fonte: BRASIL, 2011d. Adaptado pela autora.

No Estado de São Paulo, a Coordenadoria de Controle de Doenças (CCD) está inserida no organograma da Secretaria de Estado da Saúde, conforme descrito na figura 3.

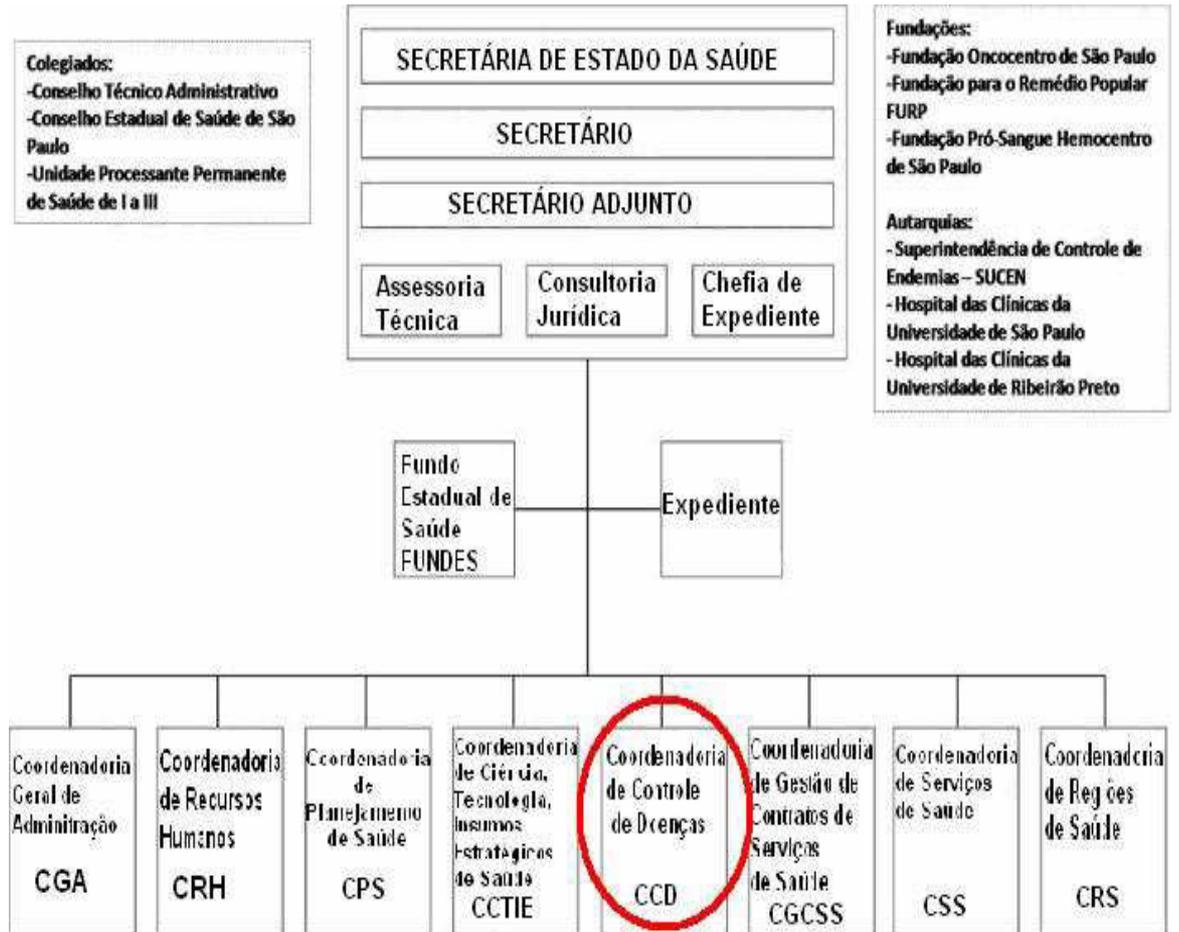


Fig. 3. Organograma da Secretaria de Saúde do Estado da São Paulo. Fonte: Adaptado pela autora

Os Grupos de VISA Estaduais (GVS) pertencem administrativamente ao CCD e tecnicamente ao CVS, de acordo com o organograma da figura 4. O GVS XXXIII é que comanda os 27 municípios da região do Vale do Paraíba Paulista.

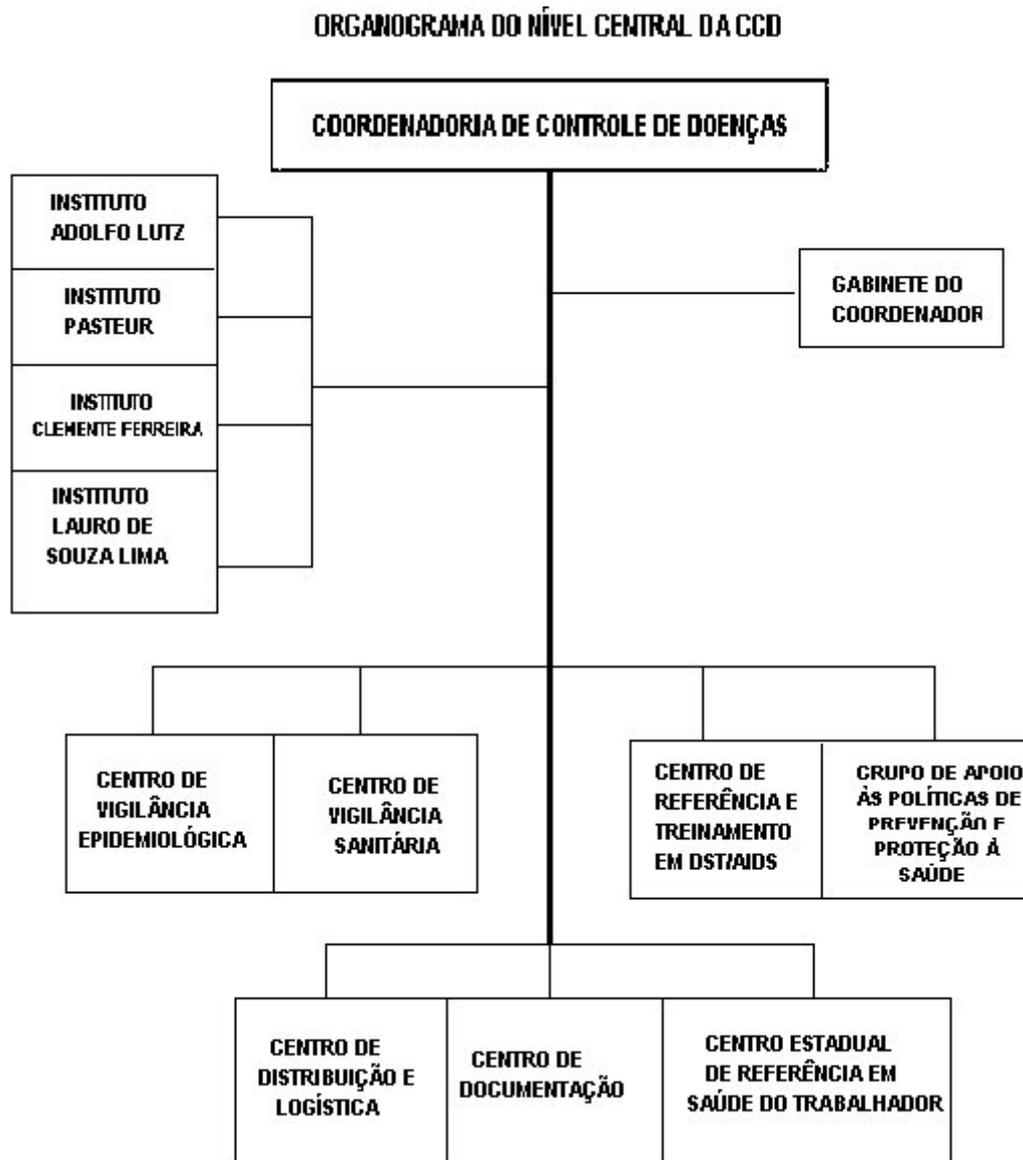


Fig. 4: Organograma do CCD. Fonte: SÃO PAULO, 2011b. Adaptado pela autora

A ANVISA, agência reguladora que comanda as VISA, foi criada através da Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999 – embora com a criação do SUS (posteriormente abordado nesta pesquisa, tendo em vista suas imbricações com a VISA), o modelo da Vigilância já estivesse regulamentado na Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990 – ampliando seu campo de atuação, tornando-se uma prática com poder de interferir em todos os fatores determinantes do processo saúde-doença, incluindo as relações sociais de produção e o ambiente de trabalho (EDUARDO; MIRANDA, 1998) assim como “a promoção e proteção à saúde dos trabalhadores” (BRASIL, 1990b, p. 3).

Observa-se, assim, que a atribuição da VISA de prevenir e eliminar riscos amplia as suas ações e responsabilidades, evidencia a necessidade e importância da conjugação de novos saberes nessas práticas. Algumas iniciativas têm sido amplamente apoiadas pelas Secretarias Estaduais de Saúde, através de Simpósios e congressos de saúde coletiva, num grande esforço de mudança no processo de trabalho de VISA e sua prática educativa.

Nesse sentido, é possível questionar sobre essas práticas; como fica a questão da formação e qualificação dos profissionais que nelas atuam uma vez que não existe curso de graduação em VISA, apenas cursos técnicos e de Pós-graduação *Lato Sensu*?

2.2.1 O Trabalho em Saúde do Trabalhador na Vigilância Sanitária

A saúde do trabalhador é uma das ações desenvolvidas pela VISA, uma atribuição que vem se estruturando desde a Reforma Sanitária. Com a criação do SUS e a Constituição Federal, a saúde do trabalhador passou a ser competência da VISA tendo sido fortalecida com a criação da ANVISA.

No Estado de São Paulo, em 2 de outubro de 1989, pelo Decreto 30.517, foi criada a Divisão de VISA do Trabalho; no seu artigo 5º reza: “Ficam transferidas da Secretaria de Relação do Trabalho para a Secretaria da Saúde [...] a Divisão de Higiene e Segurança do Trabalho [...] as seções de Higiene e Segurança do Trabalho do Departamento de Atividades Regionais” (SÃO PAULO, 1989).

Essa mesma lei atribuiu à VISA a fiscalização dos ambientes de trabalho, visando preservar a integridade física dos trabalhadores, bem como orientar empregado e empregador a respeito dos riscos decorrentes do processo de trabalho e das medidas de proteção e controle a serem adotados, entre outros. Esse Decreto foi revogado pelo Decreto 31.768 de 28 de junho de 1990.

Com a Lei 8.080/1990, novos conceitos foram definidos para as áreas de VISA, como executar serviços de saúde do trabalhador. A Portaria GM/MS 3.120 de 1º de julho de 1998 estabeleceu as Instruções Normativas, de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS, sendo uma de suas atribuições os objetivos, as estratégias e a metodologia desse serviço (BRASIL, 1998).

A criação do Sistema Nacional de VISA, com a Portaria GM/MS 1565 de 26 de agosto de 1994, menciona ser uma das ações da VISA desenvolver as ações de saúde do trabalhador.

A Portaria GM/MS 2.908, de 30 de outubro de 1998, estabeleceu procedimentos para orientar e instrumentalizar as ações e serviços da saúde do trabalhador no SUS. Anexa a essa Portaria está a Norma Operacional de Saúde do Trabalhador (NOST) – SUS, definindo que cabe aos Estados, ao Distrito Federal e aos municípios a execução de ações na área de saúde do trabalhador, considerando as diferenças de gênero, por intermédio de suas Secretarias de Saúde.

Depois da criação da ANVISA, Lei 9.782 de 26 de janeiro de 1999, foram fortalecidas ainda mais as atribuições da saúde do trabalhador na VISA. Mais recentemente, com a Portaria 1679/GM de 19 de setembro de 2002, o Ministério da Saúde criou a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), que compõe os Centros Estaduais e Regionais de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), para maior articulação entre o Ministério da Saúde, as Secretarias de Saúde Estaduais e os Municípios. (BRASIL, 2002). O artigo 6º dessa Portaria estabelece que:

[...] em cada estado, serão organizados dois tipos de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador – CRST: Centro de Referência Estadual, de abrangência estadual e Centro de Referência Regional, de abrangência regional, definidos por ordem crescente de complexidade e distinção de atribuições descritas no Anexo II desta Portaria (BRASIL, 2002, s.p.).

Esses CERESTs (Estaduais e Regionais) foram estruturados com a Portaria 2.728 de 11 de novembro de 2009 e formalizados com a Portaria GM/MS 3252/2009 (BRASIL, 2009). Criados para dar suporte técnico e científico nos Estados e Municípios, têm como atividades a assistência, vigilância e educação em Saúde do Trabalhador para melhorar a qualidade de vida do trabalhador no SUS, por ação de uma equipe multidisciplinar (médico do trabalho, técnico de segurança do trabalho, psicólogo, fonoaudiólogo, enfermeiro etc.). Os CERESTs estaduais estão vinculados à Secretaria de Estado da Saúde e comandam os regionais que estão vinculados à estrutura organizacional de um município, mas com uma área de cobertura regional (vários municípios).

Embora as ações da saúde do trabalhador estejam previstas em mecanismos legais, na prática não se concretizam na íntegra, devido a dificuldade na operacionalização de atividades de inserção da saúde do trabalhador, com equipes multiprofissionais qualificadas. Para

minimizar esta insuficiência, é preciso que o sistema de Vigilância seja capaz de monitorar a implantação de mudanças nos processos de trabalho e de suas consequências na saúde dos trabalhadores (FACCHINI, 2006).

2.3 A Questão da Formação Profissional

Nesta seção é feita uma abordagem teórica à questão da formação, principalmente no que se refere à formação profissional.

A formação, do ponto de vista filosófico, diz respeito à construção dos sujeitos a partir das relações que estabelece consigo próprio, com o meio e outros homens e mulheres, produzindo e partilhando conhecimento, fazendo com que o processo educativo permeie todo o ciclo de vida. Portanto, a formação é um processo interior, ligado à experiência pessoal do sujeito, permitindo a transformação do conhecimento (BRAGANÇA, 2011).

Nunes (2008, p. 47) afirma que “formação tem a ver com formar, com forma. Processo ou conjunto de ações ou de procedimentos que dão forma.” Assim, a formação é como um pequeno quadro dentro de um quadro maior; isto é, insere-se na vida da pessoa, desenvolve-se com ela, articula-se em profundidade com a sua problemática existencial (CHIENÉ, 2010). Nesse sentido, é possível concebê-la como uma variável que se inscreve nos diversos contextos bioecológicos, tal como propõe Bronfrenbrenner (2002).

Para Nunes (2008, p. 53), a formação em termos de educação “é um conjunto de valores, conhecimentos, crenças, tecnologia, arte, costumes, filosofia, ciência, tudo enfim que constitui a produção histórica do homem”.

A formação, do ponto de vista profissional, segundo Cattani e Ribeiro (2011, p. 203), “denomina a atividade que diz respeito ao ensino, à instrução, à preparação e/ou à educação profissional”. Nessa perspectiva, a formação está ligada ao trabalho, a uma profissão, sendo importante que o profissional adquira conhecimento teórico e técnico relacionado à atividade que será exercida. Está condicionada às transformações associadas à divisão social e técnica de trabalho e às suas relações, assim como às formas de aprendizagem, de conhecimentos na vida cotidiana e nos espaços de trabalho.

Portanto, todos os conceitos de formação envolvem conhecimento científico e tecnológico, assim como as dimensões sociais, éticas, pessoais, psíquicas e físicas, para “a construção de uma sociedade na qual os trabalhadores impulsionem um processo de

autovalorização proletária, reduzindo as desigualdades sociais, a opressão e a exploração concebidas na esfera produtiva” (CATTANI; RIBEIRO, 2011, p. 208-209).

O conceito de formação profissional é visto, também, segundo CIME (2001, p. 25), como o “conjunto de atividades que visam à aquisição de conhecimentos, capacidades, atitudes e formas de comportamento exigidas para o exercício das funções próprias duma profissão ou grupo de profissões em qualquer ramo de atividade econômica”.

Cattani e Ribeiro (2011) completam dizendo que esta formação profissional faz com que o indivíduo desenvolva conhecimentos técnicos, teóricos e operacionais, não apenas nas escolas como também nas empresas e nos diversos ambientes de trabalho.

A formação profissional pode ocorrer enquanto educação formal, informal e não formal, aqui compreendida à luz de Gohn (2006):

[...] a educação formal é aquela desenvolvida nas escolas, com conteúdos previamente demarcados; a informal como aquela que os indivíduos aprendem durante seu processo de socialização – na família, bairro, clube, amigos etc..., carregada de valores e culturas próprias, de pertencimento e sentimentos herdados; e a educação não-formal é aquela que se aprende “no mundo da vida”, via os processos de compartilhamento de experiências, principalmente em espaços e ações coletivas cotidianas (GOHN, 2006, p. 28).

A educação formal, a informal ou a não formal, assim como a continuada (ou permanente), são importantes para a formação do profissional. No caso específico de profissionais de saúde que executam as ações da VISA, especialmente em saúde do trabalhador, a educação parece se apoiar não somente na formação acadêmica, mas na formação do cotidiano, fora dos muros escolares, tendo em vista os contextos e os processos de vida pelos quais passa esse profissional.

A discussão em torno das práticas educativas se mostra importante para refletir sobre a qualidade da formação do profissional de VISA, que traz consigo sua bagagem de conhecimento, mas para tal é preciso ter autonomia, ser crítico, ter bom senso. E ainda, segundo Freire (2002), é necessário que aprenda a construir seu próprio conhecimento, em busca de sua própria transformação.

Freire (2002) identifica essa transformação como um constante processo de busca e construção, ou seja, as pessoas são seres inacabados e conscientes dessa inconclusão, que:

[...] se funda na educação como processo permanente. Mulheres e homens se tornaram educáveis na medida em que se reconheceram inacabados. Não foi a educação que fez mulheres e homens educáveis, mas a consciência de sua inconclusão é que gerou sua educabilidade. É também na inconclusão de que nos tornamos conscientes e que nos insere no movimento permanente de procura que se alicerça a esperança (FREIRE, 2002, p. 64).

Entretanto, este conhecimento no trabalho da VISA está voltado para os “instrumentos normativos, dos princípios e dos conceitos básicos que fundamentam as propostas de ação definidas em normas jurídicas e técnicas que acompanham o processo social” (COSTA, 2001b, p. 19). Quando se verificam as práticas educativas ou de formação relacionadas à saúde do trabalhador no contexto da VISA, observa-se uma lacuna nas informações a esse respeito, pois esta acaba executando suas ações mais no campo da saúde coletiva, porém de forma fragmentada e com ações programadas. É por isso que a formação do profissional de VISA é importante na execução dessas ações.

Sendo assim, a formação do profissional de saúde e, neste caso, aquele que executa as ações de VISA, deve englobar habilidades técnicas e conhecimento sobre o SUS, tendo como objetivos “a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, e estruturar-se a partir da problematização do processo de trabalho e sua capacidade de dar acolhimento e cuidado às várias dimensões e necessidades de saúde das pessoas, dos coletivos e das populações” (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p. 43).

2.3.1 Formação na Vigilância Sanitária

O campo de atuação da VISA contempla as inspeções sanitárias, o monitoramento da qualidade de produtos e a investigação de surtos com o poder de orientar e punir quando necessário. Esse “poder de polícia” administrativo que é atribuído ao profissional da VISA não se ensina na graduação, mas sim com treinamento e estratégias de aprendizagem de saberes práticos e teóricos construídos no dia a dia na execução de suas ações.

No entanto, faz-se necessário que esse profissional tenha noção de vigilância ambiental, de produtos de interesse à saúde (compreendendo produção, comercialização e propaganda de alimentos, medicamentos, domissanitários e cosméticos), de serviços de interesse à saúde (hospitais, laboratórios, clínicas, consultórios, escolas, creches, asilos, áreas de lazer etc.) e de saúde do trabalhador (DUARTE; TEIXEIRA, 2009).

Por ser um campo da saúde coletiva, os profissionais de saúde, de forma geral, devem estar preparados para realizar ações próprias de assistência à saúde, para atuar na identificação de riscos sanitários potenciais e danos à saúde da população de seu território, bem como saber agir de forma multidisciplinar e intersetorial na proteção e promoção da saúde (BRASIL, 2007b).

Nesse sentido, o ingresso no trabalho na instituição VISA cada vez mais exige profissionais com uma formação interdisciplinar, capacidade de trabalho em equipe, sociabilidade, colaboração, comunicação permanente e abertura a trocas (MUELLER; BIANCHETTI; JANTSCH, 2008).

As equipes são formadas tanto por profissionais que ingressam pela via dos concursos públicos, quanto oriundos de outras áreas dentro das instituições públicas, que atuam geralmente em situação de desvio de função, e, nas duas situações, nem sempre existe uma qualificação pré-estabelecida (até o nível de escolaridade exigido é diversificado). O funcionário assume o cargo para sua área específica e posteriormente passa a ser um técnico de VISA, sendo capacitado para aprender a trabalhar nessa área. Com a municipalização das ações, cabe ao nível estadual capacitar frequentemente as equipes de VISA municipais. Todavia, como já mencionado, a VISA trabalha com ações diferenciadas, e as capacitações se resumem geralmente a treinamentos *in loco*, à medida que vão surgindo situações novas, ou diante da necessidade de implantação de algum programa.

As práticas educativas do processo de formação do profissional de VISA assumem importante papel na proteção e defesa da saúde da população. Mas os cursos na área de saúde, com formação específica voltada à VISA, são oferecidos em nível de Pós-graduação *Lato sensu* e em número insuficiente para atender à demanda dos funcionários da VISA.

Costa (2001a) cita que a aproximação com a Universidade vem tendo lugar, sobretudo a partir do esforço para qualificação de recursos humanos. Existem poucos estudos e pesquisas focalizando o contexto de VISA e essa aproximação com o mundo acadêmico-científico parece ser importante, por sua função social de produzir e sistematizar conhecimentos e de formar os sujeitos que atuam nas mais distintas esferas da sociedade.

Ramos (2008) alega que o pequeno número de publicações referentes à formação de profissionais em saúde do trabalhador se justifica por ser um campo novo de produção de conhecimentos e práticas.

2.3.2 Formação em Saúde do Trabalhador na Vigilância Sanitária

No que tange à formação dos profissionais da VISA nessa área, Vasconcellos e Machado (2011) apontam que o campo da Saúde do Trabalhador foi acolhido parcialmente pela saúde pública e vive um permanente desafio para o seu desenvolvimento técnico-operacional por dentro das práticas de saúde em geral, resultando em uma VISA inconsistente quanto aos processos de trabalho e formação permanente dos profissionais.

Para isso, recentemente foi divulgada a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, por meio da Portaria 1.823 de 23 de agosto de 2012 (BRASIL, 2012a) (ANEXO F), que em seu Capítulo III (Das Estratégias), art. 9º, apresenta estratégias e faz referência a:

- i) investimentos na qualificação e capacitação integradas das equipes dos diversos componentes da vigilância em saúde, com incorporação de conteúdos específicos, comuns e afins, nos processos formativos e nas estratégias de educação permanente de todos os componentes da Vigilância em Saúde (BRASIL 2012a, s.p.).

Além disso, esse mesmo artigo, item VI, sobre o Desenvolvimento e Capacitação de Recursos Humanos (BRASIL, 2012a), preconiza a formação de profissionais, o que pressupõe a adoção de estratégias para a desprecarização dos vínculos de trabalho das equipes de saúde; inclusão de conteúdos de saúde do trabalhador no ensino fundamental, médio e para formação dos profissionais de nível superior e médio (educação permanente), assim como estabelecimento de conteúdos curriculares para a formação de profissionais de saúde do trabalhador; articulação intersetorial; qualificação dos profissionais do CEREST, entre outros.

O fato de esse dispositivo enfatizar a educação em relação à questão da saúde já pode ser visto como uma evolução. Especialmente quando se lembra do alerta de Frigotto (2001), no artigo *Educação e Trabalho: bases para debater a educação profissional emancipadora*, quando afirma que a educação profissional está subordinada ao ideário do mercado e capital, com uma ótica individualista e polivalente.

Assim, é possível pensar que esse dispositivo vai ao encontro da afirmação de Saviani (2007) de que o homem para se tornar homem necessita aprender a ser homem, a produzir sua própria existência. Esta produção é a formação como “um processo interior; ela liga-se à experiência pessoal do sujeito que se permite transformar pelo conhecimento” e que a vida

toda estará em formação e, conseqüentemente, em transformação humana (BRAGANÇA, 2011, p. 158)

Destarte, o homem necessita de ter uma formação inicial e contínua e, especificamente, esta Portaria (Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora) contribuirá para a formação do profissional na área de saúde do trabalhador como um todo. Dentro das estratégias está prevista a “integração da Vigilância em Saúde do Trabalhador com os demais componentes da Vigilância em Saúde e com a Atenção Primária em Saúde” (BRASIL, 2012a, s.p.), pressupondo diferentes aspectos de fortalecimento na formação dos profissionais que atuam nas interfaces dessa questão. O Capítulo III, art. 9º, item VI, no que se refere ao desenvolvimento e capacitação de recursos humanos, pontua a:

c- inserção de conteúdos de saúde do trabalhador nos diversos processos formativos e estratégias de educação permanente, cursos e capacitações, para profissionais de nível superior e nível médio, com destaque àqueles destinados às equipes de Vigilância em Saúde, à Saúde da Família e aos gestores; d- capacitação para aplicação de protocolos, linhas guias e linhas de cuidado em saúde do trabalhador, com ênfase à identificação da relação saúde – trabalho, ao diagnóstico e manejo dos acidentes e das doenças relacionadas ao trabalho, incluindo a reabilitação, à vigilância de agravos, de ambientes e de processos de trabalho e à produção de análise da situação de saúde. (BRASIL, 2012a, s.p.).

É possível supor, portanto, que atuar em saúde do trabalhador requer uma perspectiva ecológica entre várias áreas, sistemas, processos e pessoas, balizada pelo tempo. As práticas de formação e de atuação devem, então, considerar o desenvolvimento nos contextos nos quais se inscrevem, determinando e sendo determinadas pela conjugação entre os vários aspectos da pessoa, do processo, do contexto e do tempo que conformam tal desenvolvimento. Nessa direção, buscou-se aqui uma articulação com a Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano.

2.4 Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano

Esta teoria tem como figura principal o russo Urie Bronfenbrenner, graduado em Música e Psicologia, que desde cedo manifestou desejo de desenvolver e implementar políticas públicas para melhoria da condição de vida da população (KOLLER, 2004).

Na década de 1960, participou ativamente do “planejamento e da implementação de movimentos e projetos governamentais e não governamentais ligados à questão do desenvolvimento humano, por acreditar que as políticas públicas afetavam o bem-estar e o desenvolvimento de seres humanos” (POLONIA; DESSEN; SILVA, 2005, p. 72).

Nesta pesquisa, tal relação entre o desenvolvimento humano e as políticas públicas é discutida por suas influências sobre a população, especialmente quando há necessidade de uma política pública eficaz (macrossistema) para contribuir no desenvolvimento humano.

Bronfenbrenner, inicialmente influenciado pelas teorias de Kurt Lewin e Jean Piaget, construiu a Teoria Ecológica do Desenvolvimento Humano, revisada por ele mesmo entre 1994 e 1999, culminando com a recente denominação de Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano, que envolve:

[...] o estudo científico da acomodação progressiva, mútua, entre um ser humano ativo, em desenvolvimento, e as propriedades mutantes dos ambientes imediatos em que a pessoa em desenvolvimento vive, conforme esse processo é afetado pelas relações entre esses ambientes, e pelos contextos mais amplos em que os ambientes estão inseridos (BRONFENBRENNER, 2002, p. 18).

Este modelo pressupõe que toda experiência individual se dá em ambientes concebidos como uma série de “estruturas encaixadas, uma dentro da outra, como um conjunto de bonecas russas” e propõe a interação sinérgica e dinâmica de quatro núcleos inter-relacionados – PPCT – o Processo, a Pessoa, o Contexto e o Tempo (BRONFENBRENNER, 2002, p. 5).

O primeiro componente do processo é denominado de processos proximais, um construto fundamental, pois no modelo PPCT o ser humano é considerado um ser biopsicológico em evolução e, para que suas interações sejam consideradas como tal, ele deve ser ativo (KOLLER, 2004; POLETTTO; KOLLER, 2008).

O segundo componente é a pessoa, envolvendo tanto as características determinadas biopsicologicamente (experiências vividas e habilidades, por exemplo), quanto as características que foram construídas (demanda social, por exemplo) na interação com o ambiente (DESSSEN; COSTA JÚNIOR, 2005; POLETTTO; KOLLER, 2008).

O terceiro componente é o contexto ou ambiente, e incorpora desde o ambiente mais imediato, denominado microssistema – que é o sistema ecológico mais próximo como a família, a escola e a vizinhança; o mesossistema – que compreende a inter-relação entre dois ou mais ambientes em que a pessoa em desenvolvimento está inserida e participa de maneira

ativa, como as relações família-escola, por exemplo; o exossistema – caracterizado por um ou mais ambientes, onde o indivíduo em desenvolvimento não participa ativamente de interações face a face, mas que desempenham uma influência indireta sobre o seu desenvolvimento, como as políticas públicas locais, nacionais e internacionais; e, o ambiente mais distante, chamado de macrosistema – este engloba os sistemas de ideologias, valores, religiões, formas de governo e crenças de uma cultura ou subcultura, como a cultura na quais os pais foram educados, os valores e crenças transmitidos de pai para filho entre outros (DESSEN; COSTA JÚNIOR, 2005; POLETTTO; KOLLER, 2008).

O quarto e último componente é o tempo, que permite examinar a influência sobre o desenvolvimento humano de mudanças e continuidades que ocorrem ao longo do ciclo de vida. Esse elemento é analisado em três níveis no modelo bioecológico: microtempo, referindo-se à continuidade e à descontinuidade frente aos processos proximais; mesotempo, indicando a periodicidade dos episódios de processo proximal com intervalos maiores de tempo; e, macrotempo, para definir as mudanças nos eventos e nas expectativas da sociedade através de gerações, bem como a forma como estes eventos afetam e são afetados pelos processos e resultados do desenvolvimento humano dentro do ciclo de vida (KOLLER, 2004; DESSEN; COSTA JÚNIOR, 2005; POLETTTO; KOLLER, 2008).

Outro aspecto essencial para o desenvolvimento humano são as relações interpessoais, que contribuem para a formação de *díades*, *tríades* e *tétrades*, caracterizadas como a relação entre duas, três, quatro pessoas respectivamente, independentes do seu nível de envolvimento e assim sucessivamente, que servem como bloco construtor básico do microsistema (BRONFENBRENNER, 2002).

Esse autor cita que as *díades*, no contexto mais imediato do desenvolvimento humano, podem assumir a forma de *díade observacional* (quando uma pessoa presta atenção ao comportamento de outra pessoa), *díade de atividade conjunta* (quando duas pessoas fazem alguma coisa juntas) e *díade primária* (é a mais duradoura e existe para os participantes mesmo quando não estão juntos), não sendo exclusivas.

Assim, para Bronfenbrenner (2002), o termo desenvolvimento humano consiste em:

Mudança duradoura na maneira pela qual uma pessoa percebe e lida com o seu ambiente, [...] é o processo através do qual a pessoa desenvolve uma concepção mais ampliada, diferenciada e válida do meio ambiente ecológico, e se torna mais motivada e mais capaz de se envolver em atividades que revelam suas propriedades, sustentam ou restituíram aquele ambiente em níveis de complexidade semelhante ou maior de forma e conteúdo (BRONFENBRENNER, 2002, p. 5).

Nesse modelo, a variável saúde constitui-se um importante preditor do desenvolvimento ao longo da vida, nos diferentes contextos de formação e qualidade das interações humanas, associando-se aos diferentes âmbitos da vida, do ponto de vista biológico e sociocultural. Assim, “tanto o desenvolvimento quanto a saúde resultam dos processos de interação contínua entre pessoa e o seu contexto”. Trata-se, portanto, de um processo dinâmico, que implica uma reorganização ao longo do tempo e do espaço (MORAIS; KOLLER, 2004, p. 96).

Segundo Bronfenbrenner (2002), os métodos utilizados em um grande conjunto de pesquisas não têm considerado o processo de interação da pessoa com seus ambientes naturais. Essa interação, de acordo com a Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano, deve ser estudada a partir de quatro núcleos inter-relacionados: O processo, a pessoa, o contexto e o tempo – PPCT.

Copetti e Krebs (2004) afirmam o que nessa teoria Bronfenbrenner chama de atributos pessoais, que são o conjunto de características das pessoas, tendo como ponto central os processos proximais como mecanismos primários que produzem o desenvolvimento humano.

Esses atributos foram divididos em três tipos: **disposições**, que colocam os processos proximais em movimento, podendo ser positivas (desenvolvimentalmente geradoras) ou negativas (desenvolvimentalmente disruptivas); **recursos**, que se constituem em passivos e ativos (referentes às habilidades, às experiências e aos conhecimentos necessários para o funcionamento dos processos proximais) e, por último, a **demandas**, como qualidades positivas e negativas que favorecem ou não os processos proximais.

A figura 5, produzida a partir de estudo no campo esportivo (COPETTI; KREBS, 2004), ilustra a integração das forças pessoais e dos contextos, a partir do modelo bioecológico e auxilia na interpretação de qualquer outro contexto.



Figura 5: Modelo do campo de forças das disposições pessoais positivas e negativas integrado com os recursos pessoais, demandas pessoais e as forças dos contextos. Fonte: COPETTI e KREBS, 2004.

À medida que uma pessoa vivencia seu processo de desenvolvimento, esse repercute no outro e as mudanças têm como base uma relação diádica (sistema de duas pessoas), envolvendo, por exemplo, a relação entre mãe e filho, chefe e empregado, colegas de trabalho e profissionais. A pessoa, quando em desenvolvimento, é capaz de modificar o seu ambiente.

Nesse sentido, levou-se em conta no presente estudo conhecer as interações entre os funcionários da VISA com o ambiente de trabalho e seus pares; sobre como o ambiente influencia o desenvolvimento das pessoas; as diferenças e semelhanças em termos do que pensam, de como agem e se sentem ou não preparados a respeito das questões da saúde do trabalhador; de que formas desenvolveram-se enquanto agentes e sujeitos do/no trabalho. Segundo Koller (2004) essas diferenças entre indivíduos, grupos e culturas são compreendidos pelos cientistas sociais a partir do que há em comum entre eles.

Bronfenbrenner (2002, p. 9) lembra que a Abordagem Bioecológica do Desenvolvimento Humano “requer uma reorientação da visão convencional da relação entre a ciência e a política pública” (conhecimento científico), como examinar o impacto das questões desta política pública na pesquisa básica sobre o desenvolvimento humano.

Assim, refletir sobre a proposta de saúde do trabalhador preconizada pela Reforma Sanitária e Constituição Federal e como ela vem sendo operacionalizada, pode ir ao encontro

dessa proposta de Bronfenbrenner (2002), uma vez que são essas políticas que promovem o acesso e a participação da população ao exo e ao macrosistema, reforçando uma premissa da saúde coletiva e configurando-se, portanto, como determinantes para o desenvolvimento humano.

Neste estudo, microsistema refere-se ao local de trabalho da VISA, o mesossistema é a inter-relação entre o trabalho e a escola e o macrosistema é o governo.

3 MÉTODO

Esta pesquisa utiliza o ambiente natural como fonte direta para coleta de dados e o pesquisador como instrumento-chave (SILVA; MENEZES, 2001). O método de abordagem foi o qualitativo, considerando que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito.

Os métodos qualitativos de pesquisa não têm qualquer utilidade na mensuração de fenômenos em grandes grupos, sendo basicamente úteis para quem busca entender o contexto onde algum fenômeno ocorre. Assim sendo, eles permitem a observação de vários elementos simultaneamente em um pequeno grupo. Essa abordagem é capaz de propiciar um conhecimento aprofundado de um evento, possibilitando a explicação de comportamentos (VÍCTORA, KNAUTH; HASSEN, 2000, p. 37).

Essas autoras apontam que uma das principais características dos métodos qualitativos é trabalhar com amostras pequenas tendo em vista que as pesquisas são formuladas para fornecerem uma visão de dentro do grupo pesquisado, isto é, uma visão do conhecimento próprio do indivíduo pertencente a uma cultura determinada, expresso na lógica interna do seu sistema de conhecimento.

Porém, Neves (1996) fala que a pesquisa qualitativa não fornece apenas a visão de um grupo (vai muito além) e conceitua a pesquisa qualitativa como “um conjunto de diferentes técnicas interpretativas que visam a descrever e a decodificar os componentes de um sistema complexo de significados. Tendo por objetivo traduzir e expressar o sentido dos fenômenos do mundo social”

Por ser uma pesquisa essencialmente qualitativa, não se baseia em cálculos estatísticos; difere da quantitativa na medida em que não emprega um instrumento estatístico como base do processo de análise e garantia de sua representatividade (RICHARDSON et al, 1989; MINAYO, 2001).

Quanto à sua natureza, trata-se de uma pesquisa básica e descritiva, por isso não requer o uso de métodos e técnicas estatísticas. Segundo Gil (2002), as pesquisas descritivas têm por objetivo estudar as características de um grupo, levantar as opiniões, atitudes e crenças de uma população.

3.1 População e Amostra

Foram convidados os funcionários que compõem as equipes da VISA Estadual, VISA Municipais e dos CERESTs da área de abrangência que consta na figura 1, à página 20, totalizando 120 funcionários. Estabeleceu-se como critério de elegibilidade incluir equipes da VISA estadual e municipal, de seis municípios da macrorregião de Taubaté com maior número de habitantes e equipes dos dois CERESTs.

Um dos municípios não autorizou a participação de sua equipe de VISA municipal e nem todos os funcionários convidados desejaram ou puderam participar da pesquisa. A amostra foi composta por 68 participantes, que preencheram uma ficha de características pessoais. Porém, apenas 44 deles participaram da técnica dos Grupos Focais (GF), reunidos em seis grupos.

3.2 Local

A pesquisa foi realizada nos municípios selecionados da macrorregião de Taubaté, no espaço físico de cada unidade de VISA (Municipais e Estaduais) ou do CEREST.

3.3 Instrumentos

Apresentam-se a seguir os instrumentos utilizados para a coleta de dados:

3.3.1 Técnica de Observação

Segundo Lakatos e Marconi (2001), a observação refere-se a uma técnica de coleta de informações, que utiliza os sentidos na observância de determinados aspectos da realidade. Não consiste apenas em ver e ouvir, mas também em examinar fatos e fenômenos que se deseja estudar. O tipo de observação escolhida foi a assistemática, ou seja, não estruturada,

por ser espontânea, informal e ocasional; os dados da observação foram registrados sem usar meios técnicos especiais ou uso de perguntas diretas (LAKATOS; MARCONI, 2001).

Pretendeu-se observar os ambientes de trabalho e as práticas do exercício profissional dos funcionários nos respectivos ambientes. Mas o fato de a atuação dessas equipes nem sempre ser no interior da estrutura física da VISA dificultou o acompanhamento da pesquisadora; por isso, as observações foram restritas e os poucos dados observados incorporados à discussão, conforme sua pertinência. Somou-se a isso o fato de as observações ficarem sujeitas a distorção, em virtude de a pesquisadora trabalhar junto a algumas dessas equipes.

3.3.2 Características da Amostra

Foi feito um levantamento das características dos participantes, com a finalidade de traçar-lhes o perfil, a partir de questões sobre gênero, idade, escolaridade, tempo de trabalho na VISA ou CEREST, jornada de trabalho semanal e ocupação profissional (APÊNDICE A), considerando o potencial explicativo desses dados para as singularidades encontradas no trabalho das equipes.

3.3.3 Técnica do Grupo Focal (GF)

Por último, foi realizada com seis equipes a técnica do GF – esta consiste em “um conjunto de pessoas selecionadas e reunidas por pesquisadores para discutir e comentar um tema, que é objeto de pesquisa, a partir de sua experiência pessoal” (POWELE; SINGLE, 1996 apud GATTI, 2005, p. 7).

Essa técnica foi previamente planejada e organizada para diminuir e/ou eliminar os riscos de falta de participação dos pesquisados. Os temas para discussão no GF foram escolhidos depois de realizada a observação (APÊNDICE B).

Por ser uma técnica de levantamento de dados que se produz pela dinâmica interacional de um grupo de pessoas como um facilitador, seu emprego exige alguns cuidados metodológicos e certa formação do facilitador em trabalhos com grupos (GATTI, 2005).

Para Gatti (2005), o trabalho com GF permite compreender processos de construção da realidade por determinados grupos sociais; compreender práticas cotidianas, ações e reações a fatos e eventos; comportamentos e atitudes, constituindo-se numa técnica importante para o conhecimento das representações, percepções, crenças, hábitos, valores, restrições, linguagens e simbologias.

Segundo VÍctora, Knauth e Hassen (2000), para o sucesso da técnica de GF é fundamental que exista um foco, isto é, um tópico a ser explorado. Nesta pesquisa foram feitos seis GFs: dois com funcionários das VISA Municipais juntamente com os do CEREST destes municípios, dois com funcionários das VISAs Estaduais e os outros dois com funcionários dos demais municípios em que não existe o CEREST.

Para a aplicação da técnica de GF, foi realizada a montagem dos grupos que, preferencialmente, deveriam abranger entre seis e 12 participantes (GATTI, 2005, GOMES; BARBOSA, 1999). Entretanto, para autores como Dall’Agnoll e Trench (1999), o número recomendável de participantes depende da finalidade estabelecida, podendo variar entre seis e quinze participantes. Optou-se aqui por esta segunda orientação, tendo em vista a quantidade desigual de funcionários nas equipes.

Após a montagem dos GFs, foi escolhido um local adequado e privativo, utilizando-se as questões previamente elaboradas e relacionadas ao tema em questão.

3.4 Procedimentos de Coleta de Dados

Primeiramente, o projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Conselho de Ética de Pesquisa da UNITAU, sendo aprovado sob o nº. CEP/UNITAU 559/2011 (ANEXO G). Após sua aprovação, foi solicitada autorização aos dirigentes das VISA Municipais e Estaduais, bem como dos CERESTs, para realização da coleta de dados (ANEXO A); tais dirigentes assinaram o Termo de Autorização da Instituição (ANEXO B).

Os profissionais convidados de acordo com a disponibilidade no dia da coleta dos dados e os que aceitaram participar foram esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa, os instrumentos, os possíveis riscos e benefícios; foram ainda orientados quanto à garantia de sigilo das informações e que poderiam retirar seus consentimentos a qualquer momento, sem que isto incorresse em penalidades. Aqueles que consentiram assinaram o Termo de

Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (ANEXO C), em duas vias. Nos resultados, a identidade dos pesquisados foi mantida em sigilo.

A coleta de dados ocorreu durante o horário de trabalho dos funcionários; iniciando-se com a observação junto às atividades de trabalho de apenas duas equipes pesquisadas, seguiu colhendo informações sobre suas características. Nas demais equipes, a observação não foi feita, tendo em vista as restrições dos ambientes onde trabalhavam. Em seguida, realizou-se a aplicação da técnica de GF, entre os meses de fevereiro e abril de 2012.

Para a coleta de dados utilizou-se a gravação por meio de mídia eletrônica, tendo sido o arquivo deletado após transcrição do material em CD, o qual deverá ser guardado por cinco anos pela pesquisadora e depois descartado.

Nem todos os funcionários das equipes A, C, D, E e F participaram desta pesquisa, alguns por estarem de férias e outros em virtude de atividades de trabalho externas no momento do GF. Em um dos GFs, houve a participação de 100% dos funcionários.

3.5 Procedimentos de Análise de Dados

Os seis GFs pesquisados foram designados pelas letras A, B, C, D, E e F. Para proteger a identidade dos participantes, substituiu-se o nome por uma letra indicando o GF do qual fez parte, seguido por um número. Por exemplo, temos A1, B1 e assim por diante. Os GFs A, B, E e F tiveram seis participantes, o GF C contou com treze e o GF D, com sete (APÊNDICE C).

Após cada seção de GF, as discussões foram transcritas para análises; nessas, segundo Gomes e Barbosa (1999), devem-se considerar:

Palavras: avalie o significado das palavras utilizadas pelos participantes.
Contexto: considere as circunstâncias nas quais um comentário foi feito, tom e intensidade do comentário.
Concordância interna: descubra se a mudança de opiniões durante as discussões foi causada pela pressão do grupo.
Precisão de respostas: verifique quais respostas foram baseadas em experiência pessoal.
Quadro geral: defina as idéias preponderantes.
Propósito do relatório: considere os objetivos do estudo e a informação necessária para a tomada de decisão. Os relatórios de grupos focais são tipicamente: relatórios orais breves que destacam descobertas chaves; relatórios descritivos que resumem a discussão; e relatórios analíticos que fornecem tendências, padrões ou descobertas e incluem comentários selecionados.

Foi usado o método da Análise de Conteúdo (BARDIN, 2010; MINAYO, 2004), definido como um conjunto de técnicas de análise de comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de reprodução/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

A Análise de conteúdo consistiu em três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretados (inferência e interpretação).

Na pré-análise efetuou-se uma leitura flutuante, que segundo Bardin (2010) consiste em uma leitura para estabelecer um primeiro contato com o material, após transcrição minuciosa na íntegra do material gravado. Já a fase de exploração do material consiste na transformação dos dados brutos visando a alcançar o núcleo de compreensão do texto (BARDIN, 2010).

Minayo (2004) lembra que, nesta última fase, primeiramente trabalha-se com o recorte do texto em unidades de registro, que podem ser uma palavra, uma frase, um tema, um acontecimento, para depois classificar e agregar os dados, escolhendo as categorias teóricas ou empíricas que comandarão a especificação dos temas. Já na fase de tratamento dos resultados, os dados brutos podem ser submetidos a operações estatísticas simples (percentagens).

Segundo Bardin (2010), de posse dos dados significativos, são propostas inferências (dedução de maneira lógica dos dados fornecidos pelo grupo) e interpretações a propósito dos objetivos previstos, ou que digam respeito a outras descobertas inesperadas.

A discussão dos resultados procurou articular teóricos da área de formação, dos campos de saúde e trabalho e do Modelo Bioecológico do Desenvolvimento Humano proposto por Bronfenbrenner, assim como outros teóricos como Schön e Paulo Freire.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo são apresentadas as características dos participantes que compuseram os GFs, as categorias e subcategorias geradas pela análise de conteúdo do material coletado e a discussão do objeto de pesquisa em pauta. Preliminarmente, apresenta-se o perfil dos participantes.

Estes dados referem-se a cinco equipes de VISA municipal (trinta e cinco pesquisados), duas equipes de VISA estadual (dezessete) e duas equipes do CEREST (quinze), totalizando sessenta e oito participantes da pesquisa.

A tabela 1 mostra que a média da faixa etária dos participantes da VISA estadual foi de 54 anos; da VISA municipal, 44 e dos CERESTs, de 50 anos.

Constata-se, assim, que esses participantes são adultos na meia idade confirmando as projeções oficiais do envelhecimento da população brasileira, de que, segundo o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), a População em Idade Ativa (PIA) aumentou de 58,3% para 64,6% (BRASIL, 2010).

É possível supor que a maior idade do grupo de VISA Estadual deve-se ao fato de que há dez anos já não se realizam mais concursos públicos para ingresso nessa instituição, pois com a municipalização a responsabilidade em contratar funcionários passou a ser do gestor municipal.

Tabela 1 – Distribuição dos pesquisados de acordo com sua faixa etária

	<i>n</i>	Média	Mediana	Desvio Padrão
VISA Estadual	17	54 anos	55	5,6
VISA Municipal	35	44 anos	45	10,3
CEREST	16	50 anos	54	12,1
Total	68	-	-	-

Fonte: Dados coletados pela pesquisadora.

Constata-se que entre esses participantes predomina o gênero feminino nas VISAs Municipais e Estaduais, assim como nos CERESTs, conforme descritos na tabela 2 a seguir:

Tabela 2 – Distribuição dos pesquisados por gênero

	VISA		VISA		CEREST	
	Estadual		Municipal			
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Masculino	4	24	13	37	5	31
Feminino	13	76	22	63	11	69
Total	17	100,0	35	100,0	16	100,0

Fonte: Dados coletados pela pesquisadora.

Esses números confirmam a crescente participação da mulher no mercado de trabalho brasileiro nos últimos anos, que, segundo o IPEA, saltou de 32,9% para 52,7% (BRASIL, 2012).

Em relação à formação acadêmica dos participantes desta pesquisa, a tabela 3 demonstra que há prevalência do nível superior completo, seguido de formação em nível de pós-graduação. É certo que não há formação acadêmica específica para o trabalho na área de VISA (e do CEREST), mas a formação de nível médio muitas vezes é em área correlata às exigências das funções na VISA.

Tabela 3 – Distribuição dos pesquisados por grau de escolaridade

	VISA		VISA		CEREST		Média
	Estadual		Municipal				
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
Ensino Fundamental	0	0	1	3	0	0	0
Ensino Médio	0	0	10	31	2	13	2
Superior incompleto	1	6	2	6	1	6	1
Superior Completo	16	94	21	60	13	81	16
Pós Graduação*	14	82,3	7	20	8	50	8
Total	17	100,0	34	100,0	16	100,0	27

Fonte: Dados coletados pela pesquisadora. * Não incluído no total por se sobrepôr ao nível superior.

Constata-se na tabela 4 o predomínio de formação na área da saúde, observando-se não existir profissionais da área de exatas, como engenheiros, lotados nos CERESTs. Apesar de existir um equilíbrio na formação entre as áreas dentro das equipes municipais, no item

“Outras áreas” consta um expressivo número de profissionais de nível médio, de diferentes áreas conforme descrito na tabela 3.

Tabela 4 – Distribuição dos pesquisados por área de formação acadêmica

	VISA		VISA		CEREST		Média	Desvio Padrão
	Estadual		Municipal					
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Saúde	9	53	12	35	8	50	9	2,1
Exatas	5	29	6	17	0	0	5	3,2
Humanas	3	18	5	14	7	44	5	2,0
outras	0	0	12	34	1	6	1	6,7
Total	17	100,0	35	100,0	15	100,0	20	14,0

Fonte: Dados coletados pela pesquisadora.

Embora os profissionais das VISAs e dos CERESTs sejam funcionários públicos, a jornada de trabalho semanal junto a estes órgãos é diferenciada e, segundo explicação das equipes no momento da coleta de dados, muitos profissionais (principalmente das equipes de VISA municipal e CEREST) não possuem dedicação exclusiva, como consta na tabela 5, pelo fato de serem lotados em diferentes cargos e designados a desempenhar funções em vários departamentos, como vigilância epidemiológica, controle de dengue e controle de zoonose entre outros.

Enquanto 41% dos pesquisados de VISA Estadual e 48% de Municipal trabalham de 30 a 40 horas semanais, no CEREST 50% trabalham apenas três horas. Vale lembrar que, no nível municipal, dos municípios focalizados nesta pesquisa, o vínculo dos funcionários é regido pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), conferindo-lhes situação diferenciada em relação aos estatutários, em vários aspectos. Como exemplo, esse funcionário tem uma jornada de trabalho diferenciada, atuando em vários setores, entre eles a VISA e o CEREST.

Para se trabalhar na VISA, quer seja estadual ou municipal, “o exercício das atividades não está relacionado ao nível de escolaridade e tampouco à categoria profissional. Todos desenvolvem as mesmas atividades e possuem o mesmo Poder de Polícia” (NUNES, 2008, p. 45). Isso significa que, em algumas VISAs Municipais, o profissional ingressa por concurso público ou contrato e, em muitos casos, possui acúmulo de cargo trabalhando na VISA, na Vigilância Epidemiológica e na área administrativa.

Tabela 5 – Distribuição da jornada de trabalho semanal das equipes de VISA e CEREST

	VISA Estadual		VISA Municipal		CEREST	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Até 3 h	0	0	0	0	8	50
3 a 5h	1	6	1	3	1	6
5 a 10h	4	24	9	26	1	6
10 a 20h	0	0	2	6	1	6
20 a 30h	5	29	6	17	0	0
30 a 40h	7	41	17	48	2	13
Não informado	0	0	0	0	3	19
Total	17	100,0	35	100,0	16	100,0

Fonte: Dados coletados pela pesquisadora.

Em relação à análise do material dos GFs, os dados obtidos refletem percepções, sentimentos e experiências discutidas pelos participantes, com ênfase na noção coletiva que prevalece sobre os temas abordados e que forma um processo dinâmico e único (DE ANTONI, 2000).

O desenvolvimento dos GFs seguiu as diretrizes pré-estabelecidas (APÊNDICE B) e possibilitou um diálogo livre entre a pesquisadora e os pesquisados. Observou-se um clima amistoso durante os GFs, o que favoreceu uma dinâmica de interação, debates e participação ativa entre os envolvidos. Os participantes de uma das equipes, ao final do GF, comentaram ter sido uma experiência muito positiva, pois em cerca de 20 anos juntos nunca haviam se reunido para discutir as questões ali debatidas.

Para a análise dos dados, os relatos foram agrupados, confrontando-se e comparando-se seus significados durante a interação dos participantes no grupo em torno do foco principal, resultando na eleição de categorias e subcategorias.

As categorias de análise dizem respeito, segundo Bardin (2010), ao tema e à unidade de significado que naturalmente emerge de um texto analisado, respeitando os critérios relativos à teoria que serve de guia para esta leitura. Atuam entre eixos organizadores dos relatos, derivando subcategorias explicativas.

Após a sistematização do material coletado nos GFs, foram identificadas três categorias: Formação para o trabalho, Saúde do Trabalhador e Cotidiano no Trabalho, e respectivas subcategorias, conforme apresentado na tabela 6.

Tabela 6 – Categorias e Subcategorias de análise

CATEGORIA	SUBCATEGORIA
Formação para o trabalho	<ul style="list-style-type: none"> - Aspectos da educação formal - Aspectos da educação não formal - Aspectos da educação informal - Aspectos de educação continuada - Em saúde do trabalhador - Da Equipe de VISA e do CEREST
Saúde do Trabalhador	<ul style="list-style-type: none"> -Influência de questões políticas -Influência do trabalho em equipe - Inter-relação saúde e trabalho
Cotidiano do trabalho	<ul style="list-style-type: none"> -Importância da VISA -No ambiente de trabalho (VISA e CEREST) -Riscos envolvidos -Avaliação sobre o próprio trabalho na VISA e CEREST -Percepção de sofrimento no trabalho

Fonte: Dados coletados pela autora.

Após esta sistematização da análise de conteúdo, com finalidade mais didática, apresenta-se a discussão das categorias e subcategorias.

4.1 Formação para o Trabalho

[...] Você aprende com quem já está trabalhando. Você aprende se empenhando em tentar entender aquilo, aquele monte de legislação e ocupando o seu espaço. A gente não trabalha só com as vigilâncias [...] (C12).

A compreensão dessa categoria envolveu as subcategorias discutidas a seguir.

Embora o processo de formação tenda a ocorrer o tempo todo em relação à formação para o trabalho dos participantes dessa pesquisa, para efeito didático procurou-se identificá-la a partir de subcategorias. Preliminarmente, reportamo-nos à formação profissional em sua **relação à educação formal.**

A 11ª Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 2001c) considera que as universidades não estão cumprindo seu papel na formação de profissionais comprometidos com o SUS, assim como os cursos de nível médio, havendo ausência da academia nos processos de formação, requalificação e capacitação desses profissionais. Aponta que isso resulta na execução de ações sem planejamento, fazendo com que cada vez mais os profissionais necessitem de uma educação continuada.

Em seu § 3º, inciso VI do artigo 9º da Portaria 1.823/2012, indica o ensino sobre saúde do trabalhador como a:

[...] articulação e inserção de conteúdos de saúde do trabalhador nos diversos cursos de graduação das áreas de saúde, engenharias, ciências sociais, entre outros além de outros que apresentem correlação com a área da saúde, de modo a viabilizar a preparação dos profissionais desde a graduação, incluindo a oferta de vagas para estágios curriculares e extracurriculares (BRASIL, 2012a, s.p.).

Isto pressupõe que o governo aponta a direção de inserir e adequar os conteúdos dentro dos cursos de graduação para que o profissional de saúde tenha uma formação redimensionada, principalmente no que diz respeito à saúde do trabalhador. Observa-se, no entanto, que na prática isso nem sempre acontece, pois os cursos organizados pelo governo na esfera macro não refletem a realidade e as necessidades da população (COSTA; SOUTO, 2001).

As políticas de formação previstas pela Constituição Federal para a formação dos profissionais de saúde são sustentadas pelos princípios e diretrizes do SUS e propostas para pôr em prática os processos com capacidade de “impacto no ensino, na gestão setorial, nas práticas de atenção e no controle social⁵ em saúde” (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p. 42).

Para pensar a questão do controle social nesse processo, considera-se que controle social se refere:

[...] ao conjunto dos recursos materiais e simbólicos de uma sociedade para assegurar exatamente a conformidade do comportamento de seus membros a um conjunto de regras e princípios prescritos e aprovados pela própria sociedade [...] traz consigo exatamente a idéia de ‘fiscalização’ e ‘punição’ dos indivíduos quando não se comportam segundo as normas vigentes prescritas e sancionadas”(COHN, 2000, p. 45).

⁵ Controle social, no sistema de saúde brasileiro, quer dizer direito e dever da sociedade de participar do debate e da decisão sobre a formulação, execução e avaliação da política nacional de saúde (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p. 43).

Para a ANVISA (BRASIL, 2007b), a participação e o controle social só podem ser exercidos mediante o conhecimento pela sociedade do que é VISA e, também, mediante o reconhecimento de sua importância como campo de promoção e proteção da saúde. Considerando a VISA enquanto instituição a serviço da sociedade, zelando especialmente pela saúde de uma população, tal controle social se faz necessário para que seus propósitos sejam de fato acompanhados, reformulados e concretizados.

Do ponto de vista da formação na área de saúde, Ceccim e Feuerwerker (2004) afirmam ser atualmente mais na forma de assistência e pouco em uma perspectiva mais ampla da saúde coletiva, que deveria ter como objetivo:

[...] a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, e estruturar-se a partir da problematização do processo de trabalho e sua capacidade de dar acolhimento e cuidado às várias dimensões e necessidades de saúde das pessoas, dos coletivos e das populações (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p. 43).

Sato, Lacaz e Bernardo (2006), ao refletirem sobre a formação dos profissionais de saúde afirmam que a educação em saúde é um dos pilares para a execução das ações em saúde do trabalhador, seguida da prevenção e da assistência.

No tocante à educação formal enquanto formação acadêmica, os relatos que seguem ilustram sua variabilidade.

Bem, quanto a nossa formação, você sabe que aqui a gente só tem o segundo grau completo não é? [...] mas a gente vai aprendendo conforme o dia e os cursos que são dados pelo Estado. (B5).

Eu sou bióloga e vejo que a minha formação dentro da área que trabalho hoje na VISA é bastante produtiva na questão de análise e risco, conhecimento de metodologia científica, de compilação de dados, redação de documentos e tudo mais. (C4).

Observa-se que, por um lado, a importância da formação superior é referendada pela prática. Por outro, o fato de não possuir uma formação de nível superior, não restringe a atuação, mesmo levando pouco em conta as habilidades e as competências do profissional. Talvez por isso, Costa e Souto (2001) proponham que os profissionais de VISA devam

desenvolver habilidades e competências⁶ para a prática de suas ações, mesmo que possuam saberes técnicos e específicos, tendo como modelo dessas competências não apenas o domínio do conhecimento técnico, mas, “principalmente, o saber/ser, a capacidade de mobilização dos conhecimentos (não apenas técnico) para enfrentar as questões problemáticas postas pela produção”(FERRETI, 2004, p.415).

Segundo Mendes (2009, p. 64), falar em uma formação voltada para as competências é um desafio que “remete a pensar não apenas na dimensão das capacidades, mas pensar em um trabalhador que atue associando vários conhecimentos para realizar as atividades, considerando o contexto em que essas atividades são realizadas” (MENDES, 2009, p. 64). Em relação ao trabalho na VISA, trata-se de uma empreitada complexa, tendo em vista que os contextos de atuação são muito diversificados.

Sobre a questão das competências, conforme Narvaz e Koller (2004, p. 60), os pressupostos da Teoria Bioecológica consideram como aquelas “relacionadas às capacidades, às habilidades, aos conhecimentos e às experiências que evoluíram ao longo do desenvolvimento, ampliando a efetividade dos processos proximais de forma construtiva”. Esses processos proximais, segundo Bronfenbrenner e Morris (1998 apud MORAIS; KOLLER, 2004) são os principais mecanismos produtores do desenvolvimento humano, dessa forma, ao produzirem competências tendem a ter mais impacto sobre o desenvolvimento e, conseqüentemente, sobre a saúde. Porém, para que ocorram são necessários os seguintes fatores:

1) que a pessoa esteja engajada em uma atividade; 2) para ser efetiva, a interação deve acontecer em uma base relativamente regular, através de períodos prolongados de tempo; 3) as atividades devem ser progressivamente mais complexas, daí a necessidade de um período estável de tempo; 4) para que os processos proximais sejam efetivos, deve haver reciprocidade entre as relações interpessoais; 5) para que a interação recíproca ocorra, os objetos e símbolos presentes no ambiente imediato devem estimular a atenção, a exploração, a manipulação e a imaginação da pessoa em desenvolvimento (BRONFENBRENNER, 1999 apud NARVAZ; KOLLER, 2004, p. 58).

É importante lembrar que os processos proximais operam no contexto do microsistema, produzindo e sustentando o desenvolvimento, como “inter-relações dentro de um ambiente imediato” que pode ser a família, o trabalho e a escola (BRONFENBRENNER, 2002, p. 8). Na VISA, esses processos proximais se ancoram na

⁶ Modelo de competências é utilizado no mundo do trabalho desde a década de 1980 para valorizar os altos níveis e escolaridade e ligando a carreira a formação e desempenho (DELUIZ, 2013)

escola e no contexto de trabalho, assumindo um papel fundamental, posto que os saberes e práticas se situam num campo de convergência de várias disciplinas e áreas de conhecimento humano, como “química, farmacologia, engenharia civil, sociologia política, direito, economia política, administração pública, planejamento e gerência, biossegurança, bioética entre outras [...]” no sentido de ganhar mais eficácia (COSTA; ROZENFELD, 2000, p. 15).

Nunes (2008) defende que a formação dos profissionais de VISA ocorra de forma diferenciada, porém integrada na relação ensino/aprendizagem, devendo-se ainda levar em conta no trabalho as diferenças regionais assim como um diagnóstico da situação de cada região (ANVISA, 2000). Todavia, na prática, essa questão é complexa e sujeita a diferentes avaliações.

[...] a grande falha da nossa estrutura é não proporcionar profissionais específicos na estrutura [...] (D3).

Porque acho que a gente faz a vigilância, aprende a fazer fazendo. Você aprende com quem já estava, você aprende se empenhando em tentar entender aquilo, aquele monte de legislação e ocupando o seu espaço[...]eu não vejo qual a formação que uma pessoa tem que ter para trabalhar com vigilância sanitária. (C12).

Embora esses relatos questionem o tipo de formação para se trabalhar na VISA e esclareçam que a aprendizagem é não formal e no cotidiano do trabalho, de acordo com o Parecer CFE 441/93 existe uma formação profissional para Técnico de VISA, mas que não é oferecida a estes trabalhadores (MENDES, 2009) segundo a percepção dos pesquisados.

Existem dispositivos de lei que abordam a criação de cursos para a formação de profissionais em VISA de nível técnico e pós-graduação lato sensu; não há curso regular (de nível médio ou superior) para o trabalho na VISA, em especial a abordagem à Saúde do Trabalhador. Entretanto, alguns pesquisados mencionaram ter feito um curso de curta duração oferecido anos atrás por uma instituição da região e outros que receberam capacitação da VISA estadual.

Quando eu entrei na vigilância, a princípio eu não entendia quase nada e qual era a função de que a gente ia fazer. Fomos aprendendo no dia a dia de serviço e mais os cursos que vamos tendo com o pessoal. (A5).

Assim, a formação de recursos humanos em VISA hoje parece ser uma questão complexa, como assinalam Costa e Souto (2001).

Defronta-se com um conjunto de limitações que advém do tradicional isolamento institucional da VISA no contexto da saúde, o que se reflete na pequena produção de conhecimentos científicos na temática, na falta de formação docente e até mesmo no desconhecimento da função da VISA como ação de saúde (COSTA; SOUTO, 2001, p.95).

Observa-se que os profissionais entram para trabalhar na VISA a partir de uma determinada formação acadêmica; isto é, ingressam a partir de concursos públicos com vagas oferecidas de acordo com uma formação de nível superior, técnico ou médio. Porém, após a admissão, geralmente são designados a realizar funções, nem sempre diretamente ligadas à sua formação, conforme os relatos que seguem.

Então, eu sou da parte da odontologia (minha formação), só que aqui a gente acaba realmente aprendendo outras áreas. Por exemplo, a gente vai à drogaria, a gente vai aos lugares de saúde, a gente entende um pouco do PAVISA, a gente acaba englobando várias áreas, planejando então, abre um leque de informações e de aprendizado também. Eu acredito que seja isso. (A2).

No meu caso também, eu sou dentista. Comecei a vigilância na área de odontologia e hoje em dia eu faço todas as áreas, até as indústrias. (A4).

[...] Em termos de Estado você tem que pensar o seguinte, que você é formado na área, nós três somos formados na área de exatas com experiência em análise de projetos e tudo mais, mas o Estado em termos de vigilância sanitária requer muito mais do que isso. Requer que você tenha conhecimento em outras áreas inclusive áreas de processo [...]. (D3).

Deixa-me falar uma coisa (acho muito engraçado), é uma fala que a maioria dos diretores de vigilância tem “de que nós técnicos de vigilância temos que saber de tudo, dar conta de tudo sabe?” Isso para mim é uma “Balela” [...] (A3).

A forma de trabalho na VISA como descrita nesse último fragmento parece demonstrar uma crítica ao sistema, embora as legislações mencionem que a equipe deva trabalhar de forma interdisciplinar e ficar evidente que alguns profissionais desconhecem essas ações e a forma como devem trabalhar.

Nessa instituição, a atuação requer fundamentação nas áreas de Epidemiologia (para a identificação dos fatores de risco); Engenharia (avaliação de riscos ambientais na saúde dos trabalhadores e das populações); Ciências Sociais; Direito (Direito sanitário) e Ciências da Saúde (DUARTE; TEIXEIRA, 2009). Na perspectiva dos pesquisados abaixo, a formação específica é fundamental ao trabalho na VISA.

A formação foi fundamental. No começo inclusive tinha como pré-requisito a formação em engenharia porque a gente faz análise de projeto que é o que mais se trabalha na faculdade e fiscalização também que facilita ter o projeto na mão para saber interpretar e poder entender o local de trabalho [...] (D7).

[...] A formação de biologia, para mim foi essencial, foi fundamental até por conta das fiscalizações que a gente faz principalmente na questão de risco, de contaminação, de doenças. Essa parte da minha formação contribuiu para eu conseguir me encaixar dentro da vigilância. Isso foi importante para mim (A6).

A formação acadêmica contribui para o desenvolvimento de suas ações dentro da VISA; quando o profissional percebe dificuldades muitas vezes lança mão da educação formal como cursos de extensão, especialização ou mestrado, ou, em última instância, da capacitação continuada oferecida pela VISA em alguns momentos, mesmo que essa prática seja uma ação pontual.

Mas há indicativos de que na prática cotidiana essa formação não parece ser levada em conta pelos gestores.

[...] o Prefeito já mandou recado que é para o fiscal ficar quietinho lá no lugar dele, não precisa fazer nada, para não mexer com ninguém, acredita? [...] (D 1).

Embora a educação formal ainda prepare profissionais para atuar em áreas específicas, desconsiderando muitas vezes suas inter-relações com outras áreas, é necessária também a educação não formal, pois o trabalhador não recebe sua formação apenas na escola, mas também em outros espaços sociais, acontecendo de forma diferenciada, segundo Arroyo (2008).

Para Gohn (2006), a educação formal quase se confunde com a não formal, porém em hipótese alguma a substitui ou com ela compete. No contexto de trabalho, o conhecimento adquirido de acordo com as necessidades de suas atividades nos remete à educação não formal, como aqui salientado.

Dentro da saúde pública tem uma pequena cadeira de direito sanitário, mas, existe curso de direito sanitário na faculdade de saúde pública, só que eu não cheguei a fazer esse curso. Tive que aprender no tapa mesmo, com a necessidade mesmo. (D6).

[...] eu não tenho capacitação nenhuma e a gente vai aprendendo à medida que faz e eu acho que na relação com a Vigilância isso fica mais complicado ainda porque eu não tenho formação nenhuma em VISA e também nem sei qual formação é essa. (C12).

[...] Você teria que ter conhecimento de atuação e a equipe até necessitaria de um advogado presente para estar auxiliando nestas questões porque, como a gente trabalha com poder de polícia, requer muito para o trabalho outros conhecimentos que não foram adquiridos durante a formação e o Estado vem ao longo do tempo dando treinamento, mas é muito paulatinamente e aos poucos nesses vinte e quatro anos podemos enumerar quantos treinamentos fomos convocados a ir a São Paulo para o conhecimento de novas legislações [...] (D3).

Assim, da categoria formação para o trabalho, emergiu também a subcategoria **aspectos da educação não formal**, mostrando o movimento de o pesquisado buscar seu conhecimento, sua formação, não esperando do macrossistema – governo - uma capacitação que o habilite a exercer suas funções.

[...] A gente vai aprendendo com eles (VISA Estadual). Quando a gente precisa, a gente os comunica para que possam dar uma força pra gente, assim vamos trabalhando juntos (B5).

[...], eu vou à internet, faço pesquisa das legislações, imprimo as legislações e as estudo. Porque como sabe, só com o ensino médio eu não conseguiria nem fazer drogarias. Quando comecei a fazer, o que eu sei é o que o Estado me passa mais o que eu estudo. Levo para casa e estudo. No final de semana estudo e o pouco tempo que tenho aqui estudo. Agora tem que ter realmente um esforço da gente para conseguir porque senão você chega num lugar e a pessoa ali, o profissional, vamos supor o médico, ele domina você porque você não sabe nada. Então, você tem que correr atrás, compreender, para entender, fazer um bom serviço, uma boa fiscalização. (B4).

Diferentemente da educação formal, desenvolvida em instituições escolares e com conteúdos previamente demarcados, a não formal “ocorre em ambientes e situações interativas construídas coletivamente”, isto é, acontece fora das instituições formais, sem uma

estrutura rígida e cronológica, sendo muitas vezes referenciada como sinônimo de educação informal (GOHN, 2006, p. 29).

Entretanto, **a educação informal** diz respeito às aprendizagens e conhecimentos adquiridos fora das instituições.

[...] opera em ambientes espontâneos, onde as relações sociais se desenvolvem segundo gostos, preferências ou pertencimentos herdados. [...] socializa os indivíduos, desenvolve hábitos, atitudes; comportamentos, modos de pensar e de se expressar no uso da linguagem, segundo valores e crenças de grupos que se frequenta ou que pertence por herança, desde o nascimento. Trata-se do processo de socialização dos indivíduos. (GOHN, 2006, p. 29).

A importância da educação informal é salientada por Arroyo (2008, p. 147):

O fenômeno educativo acontece em outros espaços e tempos sociais, em outras instituições, nas fábricas, nas igrejas e terreiros, nas famílias e empresas, na rua nos tempos e lazer, de celebração e comemoração, no trabalho [...] a educação acontece de formas muito diferenciadas (ARROYO, 2008, p. 147).

A educação informal presente no macrossistema, conforme também pressuposto da Teoria Bioecológica, faz com que o profissional leve para o seu ambiente de trabalho, de forma espontânea, os saberes adquiridos em outros contextos, como suas crenças e valores, entre outros aspectos. Este conjunto de saberes implica não só o que está presente na cultura em que a pessoa vive, mas também na subcultura particular em que está inserida. Envolve as influências da cultura de pessoas em desenvolvimento, com quem se relacionam no dia a dia, sendo, portanto, definido pela estrutura e pelo conteúdo dos sistemas que o constituem (BRONFREBRENNER, 2002).

Esta questão pode ser observada nesses relatos.

Quando a gente vai às indústrias, eu tenho um olhar. Eu tenho um olhar não é? Eu até já treinei. Nós até já treinamos o olhar para a saúde do trabalhador, mas, eu não tenho uma formação para isso entendeu?(A4).

[...] *A gente aprende sozinha agora. Muda a legislação todo dia, muda o modo de trabalho, a gente estuda sozinho porque São Paulo não dá mais treinamento para nós (Estado) [...] (D1).*

[...] Eu também, quando entrei aqui, não tenho formação sobre a saúde do trabalhador, fui aprendendo. Tendo essa visão, esse olhar de saúde do trabalhador com o tempo, na prática mesmo. São poucas as pessoas aqui que tem especialização em saúde do trabalhador. A gente aprende a ter esse olhar. (C6).

O pesquisado ao mencionar que “possui um olhar treinado” se refere ao fato de apesar de possuir uma educação formal, é com os saberes adquiridos no dia a dia que desenvolve suas ações em saúde do trabalhador. Portanto, **a formação para o trabalho em saúde do trabalhador** pelo profissional da VISA se deve muito à sua prática do cotidiano.

A questão de saúde do trabalhador, [...], é uma coisa recente [...] a gente tem que estar pesquisando, tem que estar lendo muito. (A6).

Observa-se nesse relato a perspectiva de que para execução de ações de saúde do trabalhador na VISA tem-se que estar em constante formação; reforça a importância do funcionário buscá-la, como no caso do trabalho com saúde do trabalhador, corroborando a percepção de outros pesquisados de não existir um modelo para se trabalhar na VISA, especificamente com Saúde do Trabalhador. Contudo, os problemas são regionalizados, não podendo ser abstraídos para a instituição de forma geral.

O fato é que essa formação mencionada anteriormente apresenta carências quanto ao aspecto mais formal de aprendizagem, requerido muitas vezes pelas demandas dessa área, como ilustra o relato que segue.

Você não domina tudo, então, dentro da equipe, por exemplo, pensando em saúde do trabalhador, seria bom que houvesse um profissional com maior conhecimento, que eu tivesse recebido treinamento, sabe? (A3).

Isso pode trazer problema jurídico. Você está entrando em uma área que você não tem habilitação para aquilo. (D3).

Sobre isso, Ramos (2008) assinala que a formação de profissionais de saúde em saúde do trabalhador se constitui hoje num dos principais desafios para a implementação da RENAST no SUS (principal estratégia da Política Nacional de Saúde do Trabalhador) e que esses profissionais precisam ser capazes de contribuir com a universalidade do acesso para todos os trabalhadores, formais e informais, na equidade e na integralidade das ações. Esse autor sugere que deveriam ser formados na área disciplinar, mas também de forma interdisciplinar e multiprofissional. Além disso, o Protocolo das Ações de VISA (BRASIL,

2007 b), no que se refere ao campo de atuação (e nele está incluído o campo da saúde do trabalhador), prevê atuação de profissionais com formação superior e de nível médio, conforme ilustrado na tabela 3.

Para reforçar esta discussão, recentemente o governo por meio do Decreto nº 7.602/2011, que dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST), informa ser um dos seus objetivos criar uma educação continuada, com a inclusão de “conhecimentos básicos no currículo do ensino fundamental e médio da rede pública e privada, bem como a revisão de referências curriculares para a formação de profissionais em saúde e segurança no trabalho, em nível técnico, superior e pós-graduação.” (BRASIL, 2012 b, s.p.).

O MS, como coordenador nacional da política de saúde do trabalhador, conforme disposto na Lei 8.080/1990, instituiu através da Portaria 1.823 de 23 de agosto de 2012, a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, reforçando as diretrizes do SUS – universalidade, integralidade, participação da comunidade, controle social, equidade, precaução e descentralização entre outros – para o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador, com ênfase na vigilância. Uma de suas estratégias é promover a “inserção de conteúdos de saúde do trabalhador nos diversos processos formativos e estratégias de educação permanente, cursos e capacitações, para profissionais de nível superior e nível médio, com destaque àqueles destinados às equipes de vigilância em saúde.” (BRASIL, 2012a, s.p.).

Isto demonstra que o governo está criando mecanismos para a ocorrência de uma formação efetiva para o trabalho em saúde do trabalhador, com conteúdos curriculares adequados. Entretanto, apenas uma formação baseada na teoria e aspectos técnicos nem sempre é o suficiente para que os profissionais solucionem os problemas do cotidiano. É preciso que os cursos de formação, além de conhecimento, despertem no profissional a reflexão, a autonomia e, como diz Freire (2004), o bom senso, o comprometimento e a tomada consciente de decisões.

Para atuar especificamente em saúde do trabalhador, mostra-se importante existir um compartilhamento entre as ciências afins e os cursos de formação, para o desenvolvimento em torno de uma prática reflexiva, com a utilização também do conhecimento presente nas práticas dos profissionais. Entretanto, Schön (1997) alerta que os profissionais nem sempre refletem sobre sua ação e na ação. Ou seja, não se deve levar em conta apenas o que o profissional acaba de aprender, mas também a bagagem que traz (conhecimento prévio –

visão de mundo) com ele e que pode produzir conhecimentos a partir da prática reflexiva, isto é, a reflexão sobre a própria prática (ação).

O profissional de VISA deve estar preparado para, a partir da formação adquirida durante sua trajetória profissional em relação à saúde do trabalhador, articular a teoria à prática, pois quando em ação deve refletir e lidar com as surpresas e imprevistos que as situações propiciam.

Segundo Sato, Lacaz e Bernardo (2006, p. 286), o profissional da área de saúde deve ter conhecimento e reflexão sobre organização do trabalho, direitos trabalhistas e como funciona o SUS, entre outros saberes, para “discutir a relação trabalho/saúde-doença”.

[...] eu falo que não está claro o papel para mim, precisava de um treinamento. Há quatro anos atrás o CVS fez uma tentativa de um grande treinamento na área de saúde do trabalhador. Não deu em nada. Deu muita encrenca. Foram muitas e muitas encrencas. Várias palestras, vários profissionais. Teve muito conflito, muita gente discutindo [...]. Foi um treinamento grande, num hotel. (D6).

Esta questão de solicitação para capacitação em Saúde do Trabalhador é recorrente na fala de vários pesquisados. No entanto, quando surge a chance de receber um treinamento específico, nem sempre esse alcança a meta em virtude da heterogeneidade ideológica; isto é, não há um consenso entre os profissionais acerca dos rumos a serem tomados, o que conseqüentemente gera conflitos.

Quanto à educação formal para o trabalho no CEREST, parece haver semelhanças com as questões que ocorrem na VISA; ou seja, a formação acadêmica para atuação nessa área se aproxima do desenho de alguns cursos de graduação lato sensu, configurando-se em uma formação que favorece o trabalho do funcionário.

Bem, eu tenho formação em psicologia, fiz especialização em gestão de sistema de serviço em saúde e depois especialização em saúde do trabalhador, mas, sem dúvida nenhuma que essa formação específica, essa bagagem contribuiu muito para o desenvolvimento dessas ações e dessa coordenação. (F5)

Segundo as Portarias 2.437/2005 e 1.823/2012, o CEREST deve implantar núcleos de atividades para educação e capacitação dos profissionais de saúde, incluindo a VISA, assim como manter educação continuada relacionada ao desenvolvimento de ações referentes à saúde do trabalhador (BRASIL, 2005a; BRASIL, 2012a).

Entretanto, observa-se que muitas VISAs desconhecem o papel do CEREST apoiando-a em sua formação e capacitação em saúde do trabalhador, embora seja atribuição desse órgão disseminar estes conhecimentos específicos às VISA. Pelo relato que segue, o CEREST tem dificuldade em capacitar as equipes pelas mudanças contínuas pela quais essas passam:

Treinamentos sim, quando solicitado. A gente nota que ainda não tem um preparo porque existe uma rotatividade muito grande do pessoal, principalmente da vigilância sanitária. Você consegue treinar uma equipe e quando você retorna já não é mais a mesma equipe que atua naquele setor. A dificuldade que a gente encontra normalmente é isso, tem que estar fazendo treinamento continuado para que a vigilância sanitária possa ter uma noção do que seja saúde do trabalhador que ainda está muito no início. (F4).

A importância da formação enquanto **aspecto da educação continuada** aparece para alguns como o sentido de estar sempre atualizando; para outros, trata-se de uma atividade que exige “um esforço” muito grande. Ela é necessária pelas mudanças constantes nas equipes de trabalho e também pelas questões políticas no interior das instituições a cada troca de gestor, porque, na medida em que a maioria das equipes é modificada, uma nova é requerida, conforme afirma este pesquisado.

O trabalho emperra nos municípios principalmente porque muda a equipe a cada ano eleitoral. Aquele pessoal que foi treinado e preparado de repente volta a estaca zero. Tem que começar tudo novamente. (A3).

Por educação continuada entende-se “aquela que se realiza ao longo da vida, continuamente, é inerente ao desenvolvimento da pessoa humana e relaciona-se à ideia de construção do ser humano” (SOMERA; JUNIOR; RONDINI, 2010, p. 102-103). Sobre isso, Ferretti (2004) não descarta a formação inicial, embora a formação continuada esteja mais valorizada com as novas políticas e que, em ambos os casos, devem valer-se do modelo de competências.

Segundo Mendes (2009, p. 34), a educação continuada é importante, porém deve-se tomar cuidado com os treinamentos e qualificações relâmpagos centrados “apenas no desempenho técnico ou num modo certo de fazer as coisas”. Esse tipo de formação pode ajudar em um determinado momento a desenvolver uma atividade, mas não forma o profissional para o contexto onde estão inseridas as suas práticas.

De acordo com o Relatório Final da 1ª Conferência Nacional de VISA (ANVISA 2001, p. 35), “os processos de capacitação profissional são fragmentados, insuficientes, desconectados dos serviços e processos de trabalho dos agentes da VISA”.

Os dados coletados permitem pensar que não há um planejamento para capacitação destes profissionais em número suficiente para atendimento da demanda do mercado de trabalho de forma global, respeitando-se a regionalização das ações desenvolvidas pela fiscalização. Os órgãos públicos reiteram que os funcionários devem se capacitar; isto é, ter uma educação continuada, contudo, não é o que acontece na realidade como ilustrado a seguir.

[...] Existiu um treinamento logo que entrei que foi em 88, mas de alguns anos para cá, não teve... O treinamento dado pelo Estado não existiu mais [...] (D2).

Eu acho que a gente aprende no dia a dia, porque, eu acho que a gente precisava de uma educação continuada para a equipe toda [...] A gente fez aquele curso de extensão na Vigilância! (B2).

Eu acho isso meio complicado porque a gente não tem muito assim... Quando eu entrei há 23 anos atrás a vigilância não era municipalizada, então, o Estado que vinha e dava todo esse apoio, que ultimamente a gente não tem [...] (E2).

Com a descentralização dos serviços de saúde, a partir da Lei no. 8080/90 e o surgimento do processo de municipalização, a contratação dos profissionais para trabalhar na VISA passou a ser competência dos governos municipais, porém muitas vezes com baixa qualificação e/ou sem experiência (LUCCKESE, 2008; MENDES, 2009).

Observa-se que esses governos municipais, diante dos limites orçamentários a eles destinados para gastos com a saúde, oferecem salários que muitas vezes não acompanham o mercado de trabalho, resultando na contratação por contrato de trabalho ou terceirizada incorrendo em mão de obra precária ou sem qualificação profissional. Com as mudanças de governos, ocorre ainda a troca de equipes, resultando na necessidade de constantes capacitações.

A “consequência mais marcante desta situação é uma alta rotatividade de profissionais gerando uma instabilidade nos quadros e uma absorção acentuada dos técnicos mais qualificados pelo setor privado, mais competitivo e atraente” (SIQUEIRA, 2001, p. 57). Assim, a formação quanto à educação formal se mostra fundamental, todavia insuficiente para o desenvolvimento das ações na VISA tendo em vista, além dessas mudanças constantes das

equipes e das novas modalidades de trabalho presentes na sociedade, que as legislações também mudam. Nesse quadro, os órgãos públicos geralmente não apresentam um planejamento efetivo para capacitação dos profissionais de forma contínua ou fornecimento de acesso fácil a fontes de informação, como revistas específicas ou similares para o mundo empresarial. O reflexo disso aparece nos relatos.

Tem que estar pesquisando. Porque muda a legislação. (A4).

[...] Porque a vigilância sanitária está todo dia, todo momento se atualizando muito rápido comparado com nosso início de atividade. Nos dias de hoje são muitas legislações. Muitos códigos de posturas e de edificações foram alterados e na nossa formação não foi verificado isso. Então, a gente tem que estar aprendendo diariamente todo esse conhecimento para fazer o trabalho realmente. (D3).

Segundo Costa (2001c), o trabalho em VISA deve levar em conta a extensa legislação pelas obrigações no fazer e no como fazer. Daí a necessidade de os profissionais estarem em um processo de educação continuada, com acesso fácil às informações, especialmente frente ao contexto contemporâneo de globalização e rápidas transformações.

Quanto à importância da prática cotidiana como elemento de formação na atuação do profissional, o relato a seguir indica as possibilidades mencionadas por Bronfenbrenner (2002) de que para a pessoa em desenvolvimento (junto a outras de seu ambiente imediato, e dependendo de suas características) crenças e forças ambientais podem funcionar como elementos ativadores e mantenedores da relação de reciprocidade com o organismo em desenvolvimento.

[...] ela (Funcionária da VISA) trazendo conhecimento ajuda, para complementar. [...] Eles são formados e tem muita gente com experiência que entra através de concurso, mas eu acho que o profissional específico que já traz uma bagagem interessante para estar complementando a equipe multidisciplinar, a gente nunca consegue encontrar [...] (A6).

É preciso levar em conta ainda a relação entre o processo de formação, de trabalho, e o contexto em que é realizado. Nas observações feitas nas vigilâncias pesquisadas, notou-se certa insegurança em alguns profissionais de VISA para a execução de suas atribuições, no sentido de iniciar suas atividades sem a formação necessária, como atesta também este relato.

Como eu sou formada em odontologia, quando comecei na vigilância sanitária, tive muita dificuldade, entendeu? E como os colegas falaram, no dia a dia foi sendo um aprendizado para a gente. E ainda hoje tenho certas dificuldades por causa de o meu campo ser um pouco restrito, mas, a gente tem força de vontade de estar sempre aprendendo. (A1).

Fica evidenciado ainda nesse segmento que a formação também ocorre junto à **equipe de trabalho**, pois as ações da VISA (meio ambiente, produtos de interesse à saúde, saneantes, laboratórios, hospitais entre outros) são desenvolvidas por uma equipe específica na qual cada profissional (com formação também específica) tem seu papel frente a uma mesma situação, independente do grau de escolaridade e área de conhecimento. Já o CEREST participa da realização dessas ações quando solicitados pela VISA. Por isso a formação nas equipes é diferenciada. Embora em alguns momentos ocorra uma atuação coletiva, constata-se não haver uma articulação entre eles (VISA e CEREST); ou seja, o trabalho não é realizado de forma interdisciplinar:

[...] a essência do trabalho na VISA não é só uma questão técnica. A conceituação é de multiprofissionais reunidos. A VISA precisa de engenheiros, enfermeiros, veterinários, de todos, mais a questão administrativa não é? Para a questão legal é evidente que poderíamos ter assessoria de um advogado. (D6).

[...] este conceito de multiprofissionalidade junto aos profissionais da vigilância sanitária é a sua essência. Não há como trabalhar sozinho na vigilância sanitária, por que a área é muito ampla [...] (D6).

Isso confirma a fala de Mendes (2009), de que ações de VISA devem ser desenvolvidas por uma equipe multidisciplinar, com qualificações específicas, de forma a assegurar a qualidade desses serviços.

Percebe-se no relato do pesquisado que ao entrar para o trabalho na VISA se depara com um universo desconhecido, o que requer a construção de uma prática a partir de entendimentos, memórias e crenças que o sujeito tem sobre saúde pública ou que lhe passadas pelos pares. Contudo, essa relação interpessoal ou a formação das díades atuando como um bloco construtor do desenvolvimento, conforme a Teoria Bioecológica, seja para aprender ou fazer junto com o outro, nem sempre é fácil.

[...] Com relação à formação a nossa legislação sempre disse que a nossa equipe tem que ser multidisciplinar, acho que justamente para ter essa troca de conhecimento, de informação e, essa contribuição mesmo. Essa coisa de trabalhar em conjunto, que é tão difícil dentro

das vigilâncias sanitárias, não é? E essa troca, essa união, esse trabalho em conjunto, é uma coisa que precisava ser aprimorada, eu acho. (C4)

Neste contexto, o trabalho na VISA parece ser realizado de forma mecânica e o funcionário, mesmo com carências na formação ou nos conhecimentos sobre o seu objeto de trabalho, sente a necessidade de trabalhar de forma interdisciplinar; esta condição leva o profissional a refletir sobre sua prática no trabalho cotidiano e a uma atitude interdisciplinar que segundo Fazenda (2002), é:

Uma atitude diante de alternativas para conhecer mais e melhor; atitude de espera ante os atos consumados, atitude de reciprocidade que impele à troca, que impele ao diálogo - ao diálogo com pares idênticos, com pares anônimos ou consigo mesmo – atitude de humildade diante da limitação do próprio saber, atitude de perplexidade ante a possibilidade de desvendar novos saberes, atitude de desafio – desafio perante o novo, desafio em redimensionar o velho – atitude de envolvimento e comprometimento com os projetos e com as pessoas nele envolvidas, atitude, pois, de compromisso em construir sempre da melhor forma possível, atitude de responsabilidade, mas, sobretudo, de alegria, de revelação, de encontro, enfim de vida (FAZENDA, 2002, p.82).

Embora o funcionário da VISA seja uma autoridade com “poder de polícia” para executar várias ações, seu exercício profissional implica demanda crescente de conhecimento científico atualizado; requer saberes oriundos de vários ramos de conhecimento humano e saberes específicos não incluídos nos cursos de formação profissional em saúde e de outras profissões que também atuam na VISA (COSTA, 2001c; SOUTO et al, 2000).

Seu trabalho, segundo Costa (2001c), demanda um conjunto de práticas estruturadas com base em conhecimento técnico-científico e também em valores que influem nos processos de decisão. Machado (2011, p. 80) complementa dizendo que “o apoio institucional e a qualidade da equipe são componentes decisivos na qualidade das ações”. Dessa forma, o exercício profissional em VISA ultrapassa o limite da fiscalização, como atesta este relato.

O Estado aprendeu a olhar, durante um longo período, a necessidade de estar trabalhando com equipe multiprofissional. Se você for ver a história destes vinte e quatro anos que eu tenho de conhecimento, antigamente, quem fazia análise de projetos na área era sempre o engenheiro, sozinho. Houve uma legislação que alterou isso e criou certa obrigatoriedade muito interessante de que o trabalho em equipe é necessário que é o Laudo Técnico de Avaliação. Hoje em dia, nenhum projeto sai da vigilância sanitária, com visto da vigilância sanitária se não tiver assinado por vários profissionais, que é o engenheiro e o outro profissional de conhecimento da área (D3).

Fica patente que o desenvolvimento profissional não é um processo de vivências puramente individual, ele é necessariamente contextual, do qual fazem parte, de maneira interligada, as dimensões da instituição, das experiências anteriores e das relações profissionais. Considera a inovação como possibilidade emergente da prática reflexiva dos agentes que assumem o compromisso de repensar sua profissionalidade e avaliar conscientemente o contexto no qual estão inseridos (BRONFRENBRENNER, 2002).

Bronfenbrenner parece relacionar a experiência à prática de trabalho no dia a dia, de forma que a falta de um desses elementos pode interferir no desenvolvimento humano, constituindo-se um foco de tensão a ser olhado com atenção.

No contexto profissional, o relacionamento no trabalho em equipe pode ser comparado na perspectiva de Bronfenbrenner (2002), à atuação das díades de atividade conjunta do microsistema, cujas características essenciais são a reciprocidade (interação entre os participantes), o equilíbrio de poder (uma pessoa pode ser mais influente que a outra e é preciso ocorrer um equilíbrio entre elas) e a relação afetiva (os sentimentos podem ser diferenciados e duráveis).

Nesse sentido, o profissional de VISA ao trabalhar em equipe é propenso a estabelecer relações interpessoais; a conviver com pessoas diferentes, com trocas mútuas de conhecimento, com (des)equilíbrio entre as relações do poder no grupo, e diferentes emoções, pois trata-se da conjugação dos elementos da personalidade de cada indivíduo.

Como o profissional de VISA a todo o momento toma decisões no exercício de sua função, é a formação que sustenta os conhecimentos necessários à autonomia suficiente para transmitir suas crenças e resolver os problemas que surgirem no desempenho de suas ações (FREIRE, 2002).

Portanto, é possível concluir que o processo de educação formal, informal, não formal e continuada, possibilita o desenvolvimento deste profissional no desempenho de suas atribuições, mas não necessariamente de forma reflexiva e autônoma. Nesse sentido, nem sempre essa formação favorece o desenvolvimento do profissional no contexto do trabalho ou influencia o desenvolvimento desse contexto.

Por último, a recorrência nos discursos – tanto os de VISA, como os do CEREST – do fato de trabalharem em equipe, parece mostrar que nem sempre o trabalho em equipe ocorre de forma integrada. Permite pensar que o movimento dessas equipes no trabalho reflete uma atuação mais pautada pelos pressupostos da abordagem da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional, cada um desempenhando sua expertise, mas desconsiderando a importância do compartilhamento dos saberes dos vários atores sociais envolvidos no processo do trabalho

que realizam. Os profissionais sabem que podem contar com os demais das respectivas equipes, porém cada um executando suas ações específicas da área, sem refletirem sobre a necessidade de redimensionar essas práticas, tanto para benefício do próprio trabalho, quanto do outro e também da sociedade. Parece que alguns se apropriam do saber conferido por sua área e se enclausuram na autoridade que isso lhes confere, em detrimento das repercussões dessa postura nos sistemas sociais (como a família, a escola, a empresa, a sociedade).

Mesmo assim, tomando-se como guia a Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano, nessas interações ocorre uma díade primária, sendo possível que, mesmo quando os funcionários não estão juntos, continuem a influenciar o comportamento um do outro (BRONFENBRENNER, 2002, p. 48); isto é, “exercem uma poderosa influência na motivação para a aprendizagem e na orientação do curso do desenvolvimento, tanto na presença quanto na ausência da outra pessoa”, e isto já pode ser considerado um fator de desenvolvimento no contexto do trabalho.

4.2 Saúde do Trabalhador

A **Saúde do Trabalhador** enquanto uma área de atuação desses profissionais na VISA, portanto elemento de formação e de prática, aparece nos relatos de forma pouco clara e ambígua: ora se colocam enquanto profissionais que precisam atuar sobre esse tópico, ora como sujeitos que sofrem essa ação, posto serem também trabalhadores. Para falar em Saúde do Trabalhador, esse relato convoca a concepção de trabalho⁷ que carregam.

Mas não está claro qual é o papel da vigilância sanitária na saúde do trabalhador, não está claro. (D6).

Eu, quando ouço saúde do trabalhador penso numa política pública de saúde. Política pública de saúde do trabalhador. E aí eu penso em como a gente para poder trabalhar com saúde dividiu o ser humano em partes e diferentes classificações e tudo mais e não sei se isto é o

⁷O termo concepção para o trabalho designa o pensamento elaborado e articulado que oferece definições ao indivíduo sobre a posição que o trabalho deve ocupar em sua vida, o modelo ideal de trabalho definido por meio dos valores humanos e sua hierarquização, e uma leitura das características do trabalho concreto. São definições amplamente compartilhadas e são componentes ou parcelas da cultura; por isso, ao mesmo tempo que são apropriadas por muitas pessoas, mesclam-se de conteúdos abertamente declarados e de conteúdos implícitos (BORGES, 1999, p. 82).

melhor jeito, porque acho que o trabalho realmente identifica as pessoas, não é? O fato de você morar na cidade; ter filho, não ter filho; ser casado, não ser casado; até vem depois, mas o que te identifica é o que você faz. Você é aquilo que você faz. Então, trabalho para mim é tremendamente importante para o ser humano em todos os sentidos (C12).

As equipes são pequenas e ficam praticamente obrigadas a saber tudo. A gente sabe como, nós sabemos como. [...] as informações com relação à saúde do trabalhador posso garantir, começaram em 78 no País com a criação das NRs [...], você vê que é uma coisa muito recente [...] (F4).

Com certeza, todos os cursos que a gente faz e a gente não para quase na sede do CEREST, a gente sai por aí nas nossas dezessete cidades e mais a capital e outras que a gente participa de cursos visando melhorar sempre o atendimento do CEREST voltado para a saúde do trabalhador [...] (F4).

Estas concepções de trabalho resultam, segundo Borges (1999):

[...] de um processo de criação histórica, no qual o desenvolvimento e propagação de cada uma são concomitantes à evolução dos modos e relações de produção, da organização da sociedade como um todo e das formas de conhecimento humano. [...] associa-se a interesses econômicos, ideológicos e políticos, servindo como instrumento de justificação das relações de poder. [...] propagam-se pelas sociedades, por intermédio de vários agentes socializadores, destacando-se o próprio ambiente de trabalho (incluindo aí a gerência), o sindicalismo, as organizações educacionais, os governos, os partidos políticos, as organizações religiosas e a família (BORGES, 1999, p. 82).

Quando debatem sobre o que se constitui a área da saúde do trabalhador os relatos não se aprofundam.

Acho que a partir da Constituição, depois com a Lei Orgânica da Saúde, a Lei 8080, onde a vigilância sanitária também ficou responsável pela saúde do trabalhador, está lá descrito sobre a saúde do trabalhador. Eu acho que até hoje não ficou claro o papel da VISA na saúde do trabalhador. [...] (D6).

Eu acho que saúde do trabalhador, a gente precisa trabalhar em cima disso em todas as áreas, mas, sem uma equipe com treinamento, a gente não tem condição. (B2).

[...] A gente fala de saúde do trabalhador e esquece que nós também somos trabalhadores. (A6).

Há também aqueles que consideram a importância da área da saúde do trabalhador, quando essa diz respeito à saúde deles próprios.

É essencial que o trabalhador tem que ser saudável, porque doente, ele não vale nada, não é? Essencial. (A4).

É importante para a saúde do trabalhador também das equipes, não só dos lugares, mas também das equipes de vigilância. (A4).

Isso confirma as considerações de Ramos (2008, p. 26) quanto ao enorme desafio para se pensar na “relação saúde e trabalho nos dias atuais, frente a um conjunto complexo de relações dadas pela incerteza, a enorme diferenciação de processos e de formas de inserção no mercado de trabalho”, assim como pensar uma formação profissional em saúde do trabalhador.

Ainda segundo Ramos (2008, p. 26), deve-se propor uma interpretação do modelo explicativo “da relação saúde e trabalho articulada à visão do processo saúde-doença” ao tratar da formação profissional em saúde do trabalhador no Brasil, evidenciando as abordagens de Medicina do Trabalho, Saúde Ocupacional e Saúde do trabalhador, tendo em vista que ao médico ainda é delegada a incumbência dessa área.

[...] Eu acho também falta de orientação por parte também, dos médicos do trabalho que fazem este tipo de serviço. [...] (B1).

Percebe-se na fala desse pesquisado a prevalência de uma visão relacionada à abordagem da Medicina do trabalho, em que a ação de saúde no trabalho é centrada no profissional médico. Sobre isso, Minayo-Gómez e Thedim-Costa (1997) evidenciam ainda imperar uma visão biológica e individual isolando riscos específicos, atuando sobre suas consequências, medicalizando em função de sintomas e sinais ou, quando muito, associando-os a determinado quadro nosológico.

Constata-se que muitos profissionais que ingressam na área de saúde possuem formação e experiência, porém não trabalham especificamente em saúde do trabalhador, ou tampouco contam com o respaldo de uma equipe multidisciplinar.

É, enquanto indústria eu sinto dificuldade nesta área, até porque, como eu falei, com tanto tempo de vigilância sanitária, isso não era focado [...]. Há pouco tempo que foi colocado isso de você começar a trabalhar esta parte também. Então, eu sinto muita dificuldade na parte de saúde do trabalhador. Quando eu vou à indústria, eu sinto que não tenho ainda capacitação para essa área (E2).

Esta visão de saúde e trabalho aparece também fragmentada no campo da Saúde Ocupacional, por suas ações se limitarem às condições do ambiente de trabalho e na equipe multiprofissional. Nesse sentido, a VISA demonstra uma atuação fragmentada em relação à saúde do trabalhador, considerando mais o ambiente de trabalho, menosprezando os riscos determinados pelo processo e organização do trabalho, e não desenvolvendo ações intra e intersetoriais (RAMOS, 2008; SATO; LACAZ; BERNARDO, 2006).

Estas ações (intrasetoriais e intersetoriais) são algumas das características da VISAT, sendo que na intrasetorial devem-se articular os componentes da vigilância em saúde (Vigilância Epidemiológica, VISA, Vigilância em Saúde Ambiental e Vigilância da Situação de Saúde) e, na intersetorial, promover o exercício da “transversalidade entre as políticas de saúde do trabalhador e outras políticas setoriais como a Previdência, Trabalho e Meio Ambiente e aquelas relativas ao desenvolvimento econômico e social, nos âmbitos federal, estadual e municipal” (BRASIL, 2012a, s.p.).

O entendimento relacionado à prática em saúde do trabalhador aparece de forma diferenciada na ótica dos profissionais de VISA e do CEREST. Primeiramente, os da VISA apontam que saúde do trabalhador enquanto atividade específica é prevenção, ter um ambiente seguro e cuidar da saúde mental do trabalhador.

Mas com relação à saúde do trabalhador, eu vejo que é a área mais nova que está sendo colocada há pouco tempo na nossa realidade de trabalho [...] (C4).

É fazer a prevenção da Saúde do trabalhador [...] (F6).

É prevenção de risco [...] (E1).

A saúde do trabalhador envolve muita coisa além de você ter condições de trabalho não é? [...] não é só um ambiente seguro, proporcionando condições de evitar acidentes, mas, também patrocinando soluções de melhoria também na questão emocional do trabalhador. (D3).

Na ótica dos profissionais do CEREST, órgão constituído especificamente para trabalhar com a saúde dos trabalhadores (como assistência, prevenção, capacitação e promoção) e ser referência para as VISAs estaduais e municipais, a definição de saúde do trabalhador ainda não se mostra clara para esses participantes, demonstrando que até mesmo as equipes do CEREST precisam também de capacitação continuada ou permanente, para depois referenciar as VISAs.

A política de saúde do trabalhador, ela ainda não está espalhada do jeito que a gente gostaria. É o que a gente percebe aqui mesmo, então a maioria das pessoas, bem formadas, trabalhando direitinho, atendendo muito bem, nem pensava nessa possibilidade do trabalho. Isso significa que é uma política que ainda não chegou. As pessoas ainda não pensam nisso [...] (C12).

Eu acho que saúde do trabalhador... Acho que a gente tem que pensar sempre em minimizar riscos a essa saúde. Então, eu faço um trabalho de prevenção, a gente identifica os riscos, faz investigação com os casos que aparecem, mas com caminho para minimizar esses riscos e o trabalhador não adoecer ou não agravar os problemas de saúde que ele já tem. [...] (C6).

Percebe-se dessa forma que a compreensão sobre essa área não tem visibilidade até mesmo entre aqueles que com ela trabalham. Mencionam a questão da prevenção, mas também deveriam realizar a assistência e a promoção de saúde (CEREST).

A seguir, um pesquisado questiona a forma como a VISA fiscaliza e executa as ações de saúde do trabalhador, referindo-se inclusive a um determinado colega de trabalho que fez treinamento nessa área, mas ao que tudo indica ainda insuficiente para sustentar as práticas de trabalho.

[...] é um cara (funcionário da VISA) que já tem treinamento, já passou por algumas coisas, mas, ainda não está claro na cabeça dele e até então tem e não tem muita ação, porque eu já disse que o pessoal da vigilância tem outras coisas para ver [...] (F4).

Tem que fazer mais, ou seja, ele (VISA) não está vendo até agora saúde do trabalhador, está vendo higiene [...] (F4).

Os dados permitem supor que, ao mesmo tempo em que os funcionários não recebem capacitação permanente do CEREST para atuação em ações de saúde do trabalhador, também não assumem suas ações frente a essa demanda. Até porque, apenas dois municípios da região

pesquisada possuem CEREST e a estrutura, ao que tudo indica, parece ser insuficiente para atender a demanda de 27 municípios, como este relato a seguir. Entende-se que a própria VISA deveria realizar efetivamente suas ações em relação à saúde do trabalhador sem precisar da presença constante do CEREST, tendo em vista que essa área já deveria estar incorporada na prática cotidiana da VISA.

[...] essa questão da reflexão, ainda não está inserida na pessoa que está se formando e não adianta a vigilância sanitária dizer que o CEREST tem que fazer, e o CEREST dizerem o que a vigilância sanitária tem que fazer, porque, nós não temos pernas, então, a coisa tem que ser mais automática porque se for esperar pela gente vai ficar muito lento [...] (F1).

Embora o CEREST seja o órgão de referência em saúde do trabalhador no Brasil, na visão de um pesquisado essa ainda dá seus primeiros passos.

[...] vou dizer uma coisa que penso a respeito de saúde do trabalhador, ela ainda engatinha no Estado de São Paulo, imagine os outros Estados. (F4).

Como especialista em saúde do trabalhador, tenho uma visão um pouco diferente, porque eu faço acolhimento direto do trabalhador. Então eu percebo que o trabalhador 'vende' a saúde dele. Eu acho que as empresas, algumas estão preparadas para fazer a questão de prevenção em relação ao trabalhador, mas em indústrias pequenas não. O trabalhador é vendido pela questão de hora extra, pela questão da exaustão, pela questão da insalubridade, pela falta de organização no trabalho e quando ele procura o CEREST, ele também vem para atingir o seu objetivo, que é conseguir aquele benefício que ele pensa em tirar dele. [...] ele vem à procura de alguma alternativa para se conseguir alguma forma de não ser mandado embora por questões financeiras, ou em relação também a falta de reconhecimento da empresa quanto à saúde do trabalhador que não é reconhecida quando está com uma doença ocupacional [...] (C8).

Abordar a VISA enquanto organização do trabalho envolve **as Questões Políticas**, eleitas como subcategoria, por fazerem, como política de estado, referência à Saúde do Trabalhador, mas apenas pelos funcionários das VISAs.

Não faz parte do escopo deste trabalho discutir diretamente as políticas públicas de saúde (tampouco as políticas partidárias), embora essas atravessem os sistemas sociais

determinando e condicionando o desenvolvimento. Mas aqui são tratadas como importantes recursos para ativar ou emperrar os processos de desenvolvimento dos contextos, como o do trabalho na VISA.

Nas questões políticas, o controle social é importante alavanca desde que seja exercida a participação da sociedade, por exemplo, na eficácia das ações de saúde pública (OLIVEIRA, 2010), sendo fundamental para uma ponte entre o Estado e a sociedade.

Os movimentos sindicais, os conselhos municipais de saúde, entre outros, fazem com que as políticas de saúde sejam efetivadas de forma eficaz e eficiente, e nelas está inserida a VISA, especificamente a área da saúde do trabalhador.

O controle social, uma forma de a sociedade poder interferir, participar e contribuir com as políticas públicas no Brasil, fortaleceu-se na década de 1980, com o movimento da Reforma Sanitária, a VIII CNS, a I CNST e a Constituição Federal de 1988, culminando com o momento de “mobilização pela saúde do trabalhador no Brasil” (NARDI, 2011, p. 327).

É importante lembrar que deriva dos pressupostos da Reforma Sanitária a descentralização das ações de VISA, fazendo com que os governos Estadual e Federal passassem para o município a competência de desenvolver essas ações. Assim, a municipalização e a descentralização da saúde constituem-se um dos principais frutos da reforma sanitária e da saúde coletiva, pois, ao menos em tese, isso facilita o acesso do usuário do sistema de saúde, especialmente o controle social sobre as políticas e seus desdobramentos na vida social. É possível articular essa questão ao modelo de Bronfenbrenner (1994 apud FRANCO; BASTOS, 2002, p. 70), considerando que os participantes, como atores locais, necessitam se aproximar do “poder, dos órgãos definidores de políticas e culturas institucionais da população”. O fato é que nem sempre esta descentralização, tanto em nível estadual como municipal, é simples, como mostra o relato que segue.

Esta questão política é uma questão terrível. Um entrave terrível.
(A3).

Sobre isso, Eduardo e Miranda (1998) lembram que após todo um movimento para a municipalização das ações de saúde, ainda são poucas as experiências municipais que incorporam as ações de VISA em sua programação. O mesmo participante aponta essa dificuldade na prática da VISA em nível municipal, utilizando-se de um aforismo para ilustrar o quanto o poder municipal tenta tirar proveito das instituições sociais. E outro faz sua avaliação

[...] a grande verdade é que a municipalização da vigilância é “mandar cabrito tomar conta de horta”. (A3).

A gente sente que a municipalização não é boa para a fiscalização (D1).

Com a municipalização, o gestor municipal é quem deve realizar as ações de VISA, recebendo recursos financeiros para executá-las, mas observa-se nos relatos que geralmente não as fazem por questões políticas ou que, dependendo da ação a ser realizada, essa pode ser impedida pelo gestor municipal.

Vai ser barrado rapidinho. [...] Não era para você fazer isso, era para ver aquilo, senão, como é que vai fazer? Aí, pronto. Você já é barrado, então, aquela ação que você fez foi jogada no lixo. Então, é meio complicado [...] (A5).

A gente vê muito nos municípios que as questões políticas estão diariamente na mesa. Faz! Não faz! (D6).

Nesse sentido, a realização das ações da VISA em nível municipal ficam comprometidas pela sobreposição da questão política, tendo como consequência a diminuição da autonomia das práticas de VISA e o desestímulo do funcionário. Os pesquisados relatam que, ao tentarem realizá-las, muitas vezes são impedidos por determinação superior de darem continuidade às ações, perdendo sua autonomia na tomada de decisões. Entretanto, é importante lembrar que tais ações atendem ao coletivo, que são servidores a serviço da população, que devem ser transparentes e éticos, ultrapassando esses interesses políticos.

Eduardo e Miranda (1998) citam que grande parte dessas práticas ainda é executada pelo Estado, na sua totalidade ou como ação compartilhada. De Seta e Silva (2006) reforçam que os problemas supracitados fazem com que os municípios fiquem dependentes de repasses financeiros federais.

Eu acho que devia ter atuação da vigilância do Estado, já que os daqui não podem se envolver, por questão política. (B3).

Apesar da descentralização das ações através da municipalização, em alguns municípios essas ainda são compartilhadas com o Estado, seja por impedimento político (como ilustrado acima), ou por falta de recursos humanos capacitados para o desenvolvimento das ações de VISA.

Observa-se que depoimentos nessa direção contrariam o estabelecido pelo PDVISA (Plano Diretor de Vigilância Sanitária) em nível federal e PAVISA (Plano de Ação de Vigilância Sanitária) em nível estadual.

O Plano de Ação em Visa é uma ferramenta de planejamento, em que estão descritas todas as ações que a vigilância sanitária pretende realizar durante um exercício (um ano), assim como as atividades a serem desencadeadas, as metas e resultados esperados e seus meios de verificação, os recursos financeiros implicados e os responsáveis e parcerias necessárias para a execução dessas ações. Nesse sentido, ele busca dar concretude ao PDVISA e incorpora a lógica sistêmica do PlanejaSUS. (ANVISA, 2007a, p. 4)

O governo Federal, pensando em articular melhor essa questão política, resolveu através do Decreto nº 7.602/2011 integrar as ações dos três Ministérios (da Saúde, da Previdência Social e do Trabalho e Emprego) para melhores condições no ambiente e nas relações de trabalho. No item VII desse decreto, compete ao Ministério da Saúde:

a) fomentar a estruturação da atenção integral à saúde dos trabalhadores, envolvendo a promoção de ambientes e processos de trabalho saudáveis, o fortalecimento da vigilância de ambientes, processos e agravos relacionados ao trabalho, a assistência integral à saúde dos trabalhadores, reabilitação física e psicossocial e a adequação e ampliação da capacidade institucional; b) definir, em conjunto com as secretarias de saúde de Estados e Municípios, normas, parâmetros e indicadores para o acompanhamento das ações de saúde do trabalhador a serem desenvolvidas no Sistema Único de Saúde, segundo os respectivos níveis de complexidade destas ações; c) promover a revisão periódica da listagem oficial de doenças relacionadas ao trabalho; d) contribuir para a estruturação e operacionalização da rede integrada de informações em saúde do trabalhador; e) apoiar o desenvolvimento de estudos e pesquisas em saúde do trabalhador; f) estimular o desenvolvimento de processos de capacitação de recursos humanos em saúde do trabalhador; e g) promover a participação da comunidade na gestão das ações em saúde do trabalhador; (BRASIL, 2011a, s.p.)

Portanto, a questão política, apesar dos dispositivos legais existentes, ainda parece ser um impeditivo para que muitas ações sejam efetivamente desenvolvidas pelas VISAs e, dentre elas, as relativas à saúde do trabalhador como confirma esse relato.

[...] a gente está assumindo uma coisa ao qual a gente não tem respaldo legal. Vai verificar que a própria vigilância sanitária sofre pressão e acaba dando como retorno o seguinte: "a culpa do acidente é do trabalhador, por isso não vamos fazer nada". Deu para sentir como é que a coisa caminha? Entendeu? Então, enquanto houver esta questão política. (D4).

Tudo indica prevalecer uma lógica de ser mais fácil justificar que o acidente seja culpa do trabalhador e que a VISA não possui respaldo legal, embora já se tenha discutido em vários momentos suas atribuições, no sentido de efetivamente realizar as ações da saúde do trabalhador, mais do que procurar soluções para uma dada ocorrência.

Essa questão política faz parte do macrossistema (governo municipal) referido por Bronfenbrenner (2002), determinando as propriedades específicas dos exo, meso e microsistemas (instituições diversas, entidades, empresas e família) que ocorrem no nível da vida cotidiana e governam o curso do comportamento e do desenvolvimento das pessoas e do contexto.

A complexidade das ações desenvolvidas pelas VISAs requer uma **equipe** multiprofissional que nem sempre existe ou está presente; tal complexidade faz emergir a importância do trabalho em equipe com o grupo atuando de forma interdisciplinar. Essa questão de equipe aparece nas falas dos pesquisados em relação à formação em Saúde do Trabalhador, mas com vários sentidos, como o Trabalho em Equipe e Formação de equipe.

[...] Precisaríamos, como muitos municípios acabam fazendo, ter uma equipe. Uma equipe, mais pessoas para poder estar trabalhando com isso. Nós não temos. (A3).

Seria um médico veterinário, seria um dentista formado, seria uma nutricionista, seria tudo. Um Engenheiro de alimentos, porque é assim, no caso, eu faço drogaria, mas não sou farmacêutico. (B4).

[...], faz sete anos que estou na vigilância, nunca vi um farmacêutico trabalhando na vigilância sanitária. Eu acho muito importante e necessário. (A6).

Com a municipalização, as equipes de VISA devem ser contratadas pela Prefeitura Municipal, o que na realidade não acontece, pois muitas prefeituras lançam mão dos funcionários que já trabalham na Secretaria Municipal e/ou dividem a sua carga horária, ou os desviam de função. Essas equipes de VISA, muitas vezes são formadas por profissionais que não possuem nível universitário. Talvez por isso constatou-se um número elevado de funcionários apenas com o ensino fundamental e médio nas equipes municipais, considerada como outras áreas, conforme tabela 3 e 4; por outro lado, nas estaduais e no CEREST ocorre o inverso, isto é, há um número elevado de profissionais de nível superior.

Segundo o relato dos pesquisados a seguir, é importante que a equipe possua um profissional da área de segurança do trabalho, assim como um advogado para resolver os assuntos de ordem legal.

[...] seria ideal que dentro das vigilâncias tivesse um profissional da área de segurança do trabalho, técnico ou engenheiro. Eu acho que é o que a legislação fala que é o correto (D4).

[...] quando você está doente procura um posto de saúde e quer ser examinado pelo profissional médico. Se você chegar neste posto de saúde e tiver apenas uma secretária, não vai aceitar ser examinado pela secretária. Então, a saúde do trabalhador também requer isso, um profissional capacitado, habilitado, com condições, com equipamentos para verificar também como está a condição dos postos de trabalho. Não é apenas chegar num ambiente [...], você pode estar falando e olhando [...], mas, muitas vezes afirmar categoricamente que aquilo está em desacordo com uma legislação [...] (D3).

Quando nós precisamos de advogado o Estado disponibiliza a Procuradoria Jurídica. O procurador representa o governo, o executivo, mas, a gente tem outra estrutura. [...] A Secretaria de Saúde e a Procuradoria do Estado são outra estrutura. Eles estão acostumados com outras áreas, às experiências deles são com outros advogados e com entendimento na área de VISA, na verdade, mais são os técnicos que tem de ficar orientando os procuradores, fica muito mais difícil, é muito mais rápido se a gente tivesse um advogado na equipe. Quer dizer, é previsto por lei (D7).

Como a gente sente falta do advogado, também é importante ter a necessidade ou de um técnico de segurança do trabalho ou de um engenheiro de segurança do trabalho, porque não é simples. Existe legislação na área de farmácia que obriga que uma farmácia tenha que ser inspecionada por um farmacêutico. Isto é uma exigência de lei e o Estado também não pode descumprir, de certa forma também, uma análise de documentos da área de engenharia de segurança do trabalho tem que ser analisadas por profissionais capacitados e habilitados e não pessoas que tem apenas este conhecimento (D3).

Das equipes pesquisadas (VISAS e CEREST), apenas uma possui um advogado. Em relação ao técnico de segurança do trabalho, além dos CERESTs, apenas uma VISA municipal possui um técnico em sua equipe. O trabalho da VISA é fundamentado no conhecimento técnico baseado em leis e outras normas jurídicas. Por isso, o “poder de polícia”, as autuações, assim como os processos administrativos, exigem ações fundamentadas em dispositivos legais. As VISAs geralmente utilizam a assessoria jurídica da

Secretaria de Saúde ou a da respectiva esfera de governo, resultando em dificuldades por não possuir um advogado na equipe, além de decisões judiciais que beneficiam os que cometem infrações sanitárias (ANVISA 2001; LUCCHESI, 2001).

As empresas privadas (especialmente as grandes) possuem um departamento jurídico e frequentemente entram com recursos contra as ações executadas pela VISA; as equipes respondem a esses recursos, geralmente sem o devido respaldo jurídico, resultando no comprometimento das conclusões desses processos administrativos.

Com a municipalização, aumentou a responsabilidade sanitária dos municípios, fazendo com que muitos incrementem sua força de trabalho (ASSUNÇÃO, 2011), mas não é o que se percebe nesse comentário.

É o que acontece com a máquina pública. Nosso país tenta, vai nesta onda de querer tomar conta de tudo, mas não consegue. A forma como trabalha o Ministério do Trabalho e da saúde, não consegue tomar conta de tudo. Por vezes conversamos com algumas pessoas do Ministério e reclamam que também estão com o quadro de funcionários defasados. Eles não conseguem fazer um número e nem fazer as inspeções que eles precisam [...]. Quando acontece um acidente, ai tem que ir mesmo, concordo, mas a inspeção rotineira eles mesmo reclamam que não conseguem fazer, não tem número de profissionais suficiente. (D4).

Pelo modelo proposto por Bronfenbrenner (2002), é possível focalizar o desenvolvimento do indivíduo no contexto, neste caso, no da VISA e de saúde coletiva. Observa-se uma articulação entre esse modelo e o que aponta Franco e Bastos (2002) defendendo a ideia de que os participantes da saúde coletiva são atores locais que aproximam o poder, fazem a interação (do microssistema - municipalização) junto aos órgãos definidores de políticas e culturas institucionais da população (o exossistema e o macrossistema).

Assim, tudo indica haver carências na formação e no cumprimento das ações desses profissionais no microssistema do trabalho, para sua plena efetividade, repercutindo na eficácia do trabalho ao qual se propõem pelas influências do macrossistema governo. Ou seja, quando os sistemas não propiciam o desenvolvimento dos indivíduos, esses também têm seu desenvolvimento comprometido.

O trabalho é o eixo central para a compreensão da subjetividade humana e os indivíduos se constroem de acordo com a contextualização histórica e cultural (ARAÚJO,

2011). Portanto, a **inter-relação saúde e trabalho** aparece nos relatos dos participantes, configurando-se uma subcategoria.

Por isso eu coloquei que por questões culturais nenhum funcionário vai esperar que a empresa faça alguma coisa. Ele só vai lembrar que isso era importante quando ele colocar uma pastinha debaixo do braço com raios-X, ressonância e vier reclamar, não porque ele está afastado, mas porque ele descobriu que tem um benefício que pode trazer mais ganho para ele. Mas eu não estou dizendo que o trabalhador está errado de pensar assim. Porque isso é cultural entendeu? Ele não sabe que deveria fazer daquela forma. É uma visão mecânica. E eu se estivesse no lugar deste trabalhador, não estaria fazendo diferente porque é a única coisa que o sistema me permite fazer. Eu estaria fazendo igualzinho e principalmente se eu acreditasse que fosse o meu direito. (C1).

[...] a maior dificuldade da saúde do trabalhador e por conseqüência da inserção da ação de saúde do trabalhador [...] existe um fator cultural muito grande. [...] o próprio trabalhador não quer uma mudança no seu ambiente de trabalho, ele quer um valor de indenização. Ele se sujeita a venda da sua saúde. [...] Ao contrário da lógica que deveria haver de mudança do ambiente de trabalho, a promoção do ambiente de trabalho saudável. Se nós dissermos para uma empresa, nós enquanto vigilância, se a gente for numa empresa e fizer a constatação de que um determinado ambiente de trabalho é insalubre e que então precisa mudar aquele ambiente de trabalho, quando o trabalhador souber que por conseqüência da mudança daquele ambiente do trabalho, ele vai deixar de receber 20%, nós todos seremos pessoas juradas de morte. [...]. O buraco é muito mais embaixo, é muito complexo, então eu acredito que precisa haver uma política, mas a resistência é cultural. Não vai haver nunca uma política pública enquanto não houver interesse nisso (C1).

Esse pesquisado observa, portanto, que o trabalhador ao procurar a VISA ou o CEREST para denunciar alguma irregularidade no ambiente de trabalho, o faz com a intenção de tirar proveito da situação, utilizando seu prejuízo em investimento. Ao se deparar com uma situação em que este proveito pessoal pode estar em risco, deixa de colaborar com a equipe de fiscalização, que por sua vez deve ser capacitada a atuar conforme os dispositivos do Estado.

Quando o trabalhador denuncia irregularidades no ambiente de trabalho para a VISA e/ou CEREST, está fazendo controle social, porém quando esta denúncia é em benefício próprio, utiliza isso como estratégia de controle pessoal.

[...] A relação de trabalho não passa por este pedaço, nem na nossa nem na de ninguém, o que eu estou dizendo é que quando estoura o problema, eu nunca vi nenhum trabalhador vir aqui e dizer assim para a gente, “o que eu espero de vocês é que vão lá ao ambiente de trabalho e não resolvam o meu problema, mas resolva o problema de cem pessoas que estão lá, com doença como eu”, entende? A pessoa quando ela chega nesse momento, por uma série de razões, ela não vem aqui querendo uma intervenção, uma mudança, ela vem aqui com interesse pessoal, entende?[...] (C1).

[...] é complicado porque a Saúde do trabalhador envolve dinheiro. É jurídico, é processo, é não sei o que. Para você provar que fulano está com estresse, que fulano fez isso e fez aquilo, você vai ter que quantificar avaliar de forma quantificada, de preferência, porque o juiz vai determinar um valor [...] É aplicar o instrumento, você está estressado e acabou. E o profissional se responsabiliza não é? Se no consultório o profissional consegue definir que o fulano está estressado? No meio de trabalho também! Agora, porque que a avaliação no consultório é diferente da avaliação que o juiz quer? Porque ele quer um valor! Então, não é uma limitação nossa da saúde de compreender que o fulano está estressado ou não e isso qualquer profissional da área inclusive da vigilância pode fazer. Só que não no formato que é exigido por conta dessa lógica do desdobramento jurídico e financeiro que isso trás. Essa é a lógica perversa da saúde do trabalhador. (C12).

[...] O que foca o trabalhador ainda é o dinheiro, a remuneração. A questão de saúde vem depois [...] (F4).

O Estado, por meio da VISA, de acordo com a Constituição Federal, deve diminuir, eliminar e prevenir riscos, conforme já foi mencionado anteriormente no capítulo sobre a VISA. Assim, “os mecanismos de participação e controle social são essenciais” para que todos os profissionais que atuam na saúde e na produção de produtos e bens de consumo “não comprometam as ações de VISA que são fundamentais” (ANVISA, 2007b, p. 47).

Entretanto, esta participação e este controle social só podem ser exercidos “mediante o conhecimento pela sociedade do que é VISA e mediante o reconhecimento de sua importância como campo de promoção e proteção da saúde” (ANVISA, 2007b, p. 48). Tomando como base os relatos coletados, os próprios funcionários da VISA e CEREST desconhecem esse controle social, pois não fazem nenhuma referência nesse sentido. Dessa forma, a transparência no trabalho da VISA e dos gestores se mostra necessária para o exercício desse controle social.

Quanto ao controle social em torno da saúde dos trabalhadores, mediado pelo sindicato, observa-se que esses vêm enfraquecendo diante do fenômeno da globalização,

diferentemente do cenário de lutas e movimentos da década de 1970 e 1980 que marcaram o fortalecimento das lutas pela saúde do trabalhador.

A Portaria 3.120/98 reforça o controle social na saúde do trabalhador conforme descrito no subitem 3.4:

Controle Social: incorporação dos trabalhadores e das suas organizações, principalmente as sindicais, em todas as etapas da vigilância em saúde do trabalhador, compreendendo sua participação na identificação das demandas, no planejamento, no estabelecimento de prioridades e adoção de estratégias, na execução das ações, [...] acompanhamento e avaliação, no controle da aplicação de recursos (BRASIL, 1998, p. s.p).

Segundo Lacaz e Flório (2009), este controle social e a forma como dele a sociedade participa deixam muito a desejar. Entende-se por sociedade, aqui, as pessoas e/ou entidades que compõem os conselhos municipais, os sindicatos entre outros. Muitas vezes, são pessoas leigas no assunto ou nos contextos em discussão que participam da tomada de decisões importantíssimas para as políticas sociais. Portanto, é preciso que a sociedade conheça e entenda a função das conferências e conselhos, entre outros mecanismos de controle social, para que ao participarem possam colaborar efetivamente.

Lembra-se, ainda, que a relação saúde-trabalho-doença “dos trabalhadores pode ser afetada por inúmeros fatores, tais como a exposição a agentes tóxicos, políticas de gestão de pessoas e da estrutura da empresa, incluindo os aspectos relacionados à organização do trabalho” (MERLO, 2011, p.39), como ilustra esse pesquisado:

[...] você me perguntou sobre saúde do trabalhador. Eu acho assim que processo de trabalho dele, o ambiente organizacional, o modo como ele se insere no seu ambiente do trabalho faz sim muita diferença para o seu processo de adoecimento e para o seu processo de saúde. (C7).

É, mas as políticas públicas são estas. A pessoa pode até querer sarar, ela não vai dizer isso para a gente. Ela quer sarar, mas ela também quer receber o benefício do INSS, porque ela tem direito, não é? [...] (C12).

No século XIX, na Europa, a maior preocupação do trabalhador era com a sobrevivência; ou seja, com manter-se vivo. O trabalho ou sua falta podia significar vida ou morte, respectivamente (DEJOURS, 1992). No século XXI esta questão parece ainda vigente, porém com outro significado; na atualidade, a sobrevivência está relacionada ao consumo, como assinalam estes relatos.

[...] o trabalhador está muito preocupado com a sobrevivência, ele não está muito pouco preocupado com a saúde dele. Primeiro, a sobrevivência, primeiro o salário dele e depois a saúde. A saúde ele vai resolver depois se acontecer alguma coisa [...] (F2).

[...] Mas, nós atendemos um rapaz esta semana que quase perdeu o braço em uma empresa em P____. E ele veio para cá e disse que o lugar não estava dentro dos padrões, faltava muita coisa. Ele relatou o acidente que aconteceu realmente, mas quando se falou que o CEREST iria ao local para rever esta situação, fazer a forma preventiva, regularizar a questão de risco, ele ficou com medo. “Há então..., mas vocês vão lá... mas como faz esta situação”. Então, enquanto CEREST também, você tem que se preocupar com o trabalhador, colocar um pouco de consciência nele, que está trabalhando em um lugar impróprio, mas também salvando essa questão. Tentando falar para ele, que não vai perder o emprego, por questões sociais também não é? Então o CEREST vai, tenta colocar tudo certinho, mas não porque o trabalhador consegue falar “Não, eu quero que vá para que elimine o risco do local”. O CEREST tem que fazer o papel de atender o trabalhador, porque a M_____ falou de direito, mas o CEREST também tem que ir de mansinho para não dar problema nenhum para o trabalhador. (C8).

Constata-se, portanto, as inúmeras dificuldades encontradas pelos pesquisados na realização de ações que visem minimizar o sofrimento dos trabalhadores, uma vez que se deparam com esses conflitos instaurados nas relações entre o sistema capitalista e o trabalho.

4.3 Cotidiano no Trabalho

A temática **Cotidiano no Trabalho** emergiu nas falas dos pesquisados mostrando a complexidade do trabalho de VISA e do CEREST, os desafios do dia a dia, que nem sempre são conhecidos pela população, como lembrado a seguir.

Ela (População) vê a vigilância como uma segurança. Como um socorro. (B4).

[...] a vigilância sanitária é um socorro, tem denúncia de tudo quanto é tipo de coisa [...]. Somos espelho de coisa boa [...] (B4).

Mas é o que a gente fala em todas as vistorias, que hoje a vigilância não é punitiva, é orientadora, até o ponto de não poder falar mais nada e fechar. A gente vai até o último, ao limite da coisa (B5).

Apesar de alguns pesquisados citarem que os cidadãos desconhecem as ações da VISA, para Eduardo e Miranda (1998) essa está sendo reconhecida pela comunidade, que cada vez mais se conscientiza de sua importância, e também pelas entidades de defesa do consumidor, que a valorizam como uma prática capaz de promover a proteção e melhoria da qualidade de vida e saúde da população.

Para esses autores, a imagem da VISA vem se modificando ao longo do tempo, deixando de ser vista como entidade burocrática inútil e corrupta. Para a população, receber as mercadorias e serviços com segurança e qualidade significa que a VISA está desenvolvendo o seu papel (um deles compreende as ações de saúde do trabalhador).

O cotidiano do trabalho no CEREST em relação à saúde do trabalhador envolve ações de assistência e vigilância nessa área, embora alguns profissionais acreditem que esse trabalho ocorra de forma parcial.

[...] como Fonoaudióloga, atuo na área de atenção à saúde do trabalhador com relação à voz e audição. Faço investigação e notificação dos casos suspeitos de perda auditiva por ruído, por exemplo. Encaminho para a Vigilância para fazer investigação do caso e notificar. (C6).

[...] O nosso foco (do CEREST) não é só a vigilância, não é? A saúde do trabalhador tem várias outras facetas, a gente nunca vai entender profundamente de vigilância [...] (C12).

Segundo Bronfenbrenner (2002 apud NARVAZ; KOLLER, 2004, p. 62), o contexto do trabalho pode ser comparado ao *macrossistema* por ser um “conjunto de ideologias, valores e crenças, religiões, forma de governo, culturas e subculturas presentes no cotidiano das pessoas que influenciam seu desenvolvimento”. Assim, os CEREST e as VISAs aqui pesquisadas podem ser vistos como reflexos da instituição maior (VISA) que, na forma de um macrossistema, dissemina sua cultura e conjunto de crenças, nem sempre atuando de forma integrada.

Falar sobre o cotidiano do trabalho fez emergir a **Importância da VISA**, eleita como subcategoria, primeiramente como uma subárea da saúde pública.

São campos de saberes interdisciplinar e práticas sanitárias, técnicas políticas e jurídicas. Revela-se espaço singular de articulações complexas entre o domínio econômico, o jurídico-político e o médico-sanitário, detendo especificidades que se expressam, entre outros aspectos, na exigência normativa para as práticas sobre os seus objetos de cuidado e para os próprios procedimentos institucionais, e ainda nas particularidades dos seus processos de trabalho (COSTA, 2001b, p. 17).

Emerge ainda o fato de a população desconhecer o real papel da VISA que é prevenir doenças, riscos, acidentes entre outros.

[...] quando entrei para trabalhar na Prefeitura, entrei para trabalhar dentro de um laboratório, apesar da minha formação ser biólogo e, para mim, quando falou - “olha, você tem que ir para a vigilância sanitária”. Fiquei desesperado, pois somos mal vistos Não é? O que a gente tem o que a gente sabe que tem de notícia [...], fechou, interditou, é isso. Ninguém fala da parte orientativa, da parte educativa [...] (A6).

[...] de acordo com os meus conhecimentos de técnico de vigilância em saúde, eu trabalho na prevenção da saúde visitando os estabelecimentos para ver a situação que se encontram (F3).

Segundo Polônia e Alves (2003), a proposta de ações de cunho preventivo é de analisar, primeiramente, a origem e a natureza do problema, a história de vida dos envolvidos, a progressão dos acontecidos, as consequências em nível evolutivo para as pessoas e para os contextos. Essa prevenção implica também a participação da comunidade e dos profissionais que lidam com a população, compreendendo a interdisciplinaridade e a multidisciplinaridade.

No caso da VISA, adotar ações adequadas para cada tipo de prevenção e consequentemente redução de riscos. O relato que segue assinala que a prevenção também depende de orientação e educação, porém, para esse pesquisado, esta prevenção não é efetiva.

A questão de prevenção não é uma cultura brasileira, isso em qualquer área, saúde, educação e mais alguma coisa. A prática da vigilância é preventiva, é de orientação, não é basicamente preventiva, tanto é que é dado prazo de adequação dependendo do risco, mas não é uma cultura brasileira. Não faz parte do Brasil à cultura de prevenção [...] (D5).

Dessa forma, para que ocorra tal prevenção, faz-se necessária a compreensão dos processos e fenômenos presentes na dinâmica entre indivíduo e ambiente, pois “nenhuma sociedade pode se sustentar muito tempo, a menos que seus membros tenham aprendido as

sensibilidades, motivações e habilidades envolvidas na ajuda e no atendimento aos outros seres humanos” (BRONFRENBERGER, 2002, p. 43).

A importância da VISA é reconhecida pelo CEREST como ilustra esse relato. Parece haver clareza de que a existência do CEREST depende da VISA, mas muitas vezes isso é usado de forma estratégica pelo CEREST, quando dela precisa. Esta condição contribui para a sua existência.

[...] Sem a vigilância o CEREST não trabalha. No modelo que a gente tem de política nacional em saúde do trabalhador, a vigilância é a nossa forma de acessar os ambientes para fazer um trabalho de prevenção, de omissão de danos e o número de técnicos que faz vigilância no CEREST é sempre, sempre foi, sempre será muito reduzido. Então, o modelo é trabalhar em conjunto com a vigilância [...] (C12).

[...] Porque a gente só se aproxima e usa a vigilância naquilo que nos interessa para a Saúde do Trabalhador [...] (C12).

A subcategoria **ambiente de trabalho** aparece relacionada ao Cotidiano no Trabalho da própria VISA e do CEREST. Segundo Eduardo e Miranda (1998), ambiente de trabalho é definido como o local onde se desenvolvem os processos produtivos de naturezas diversas destinados a promover as necessidades humanas. Pode expor frequentemente cidadãos a riscos, como insalubridades as mais diversas, processos repetitivos e desgastantes, jornadas prolongadas, que alteram a saúde física e psicológica dos indivíduos e da comunidade.

Com as transformações no mundo do trabalho, o foco, até então muito mais sobre o indivíduo (Medicina do trabalho), desloca-se para o ambiente de trabalho, cabendo à abordagem da Saúde Ocupacional centrar-se na prevenção e na saúde, através de uma intervenção multidisciplinar e multiprofissional sobre este ambiente de trabalho (RAMOS, 2008).

A VISA, dentro de suas atribuições, fiscaliza esses ambientes visando à prevenção e correção das irregularidades em prol da saúde dos trabalhadores, operando, portanto, muito mais sob a visão da Saúde Ocupacional. Esta questão é observada pelos pesquisados em relação ao próprio ambiente de trabalho, que, ao contrário daquilo que fiscalizam, também apresenta problemas. Muitas vezes o ambiente de trabalho da VISA não condiz com a legislação em termos de um local salubre, conforme referência de um participante.

E também, o ambiente de trabalho. Que às vezes o ambiente não está propício [...], aqui, por exemplo. [...] só de entrar aqui a gente vê móveis fora do lugar, buraco. (A5).

Ele (um usuário) chega aqui (na VISA), [...] marca uma reunião ali dentro, olha para cima e vê a lâmpada amarrada com arame, sem proteção nenhuma. Você tem que enfrentar este tipo de confronto e tentar ter jogo de cintura para sentar e explicar a situação [...] mas eles não entendem, é claro. A gente que está dentro já não consegue entender porque você está em uma área de saúde. Você está tão doente em termos de infraestrutura, quanto mais quem está lá fora. (D5).

Na prática, as limitações da perspectiva da Saúde Ocupacional se repetem quando, na fiscalização, pouco se enfatiza o ambiente, apenas o uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), como as botas, luvas, máscaras, entre outros, e dos Equipamentos de Proteção Coletiva (EPC), como as proteções contra queda e explosão nas luminárias (RAMOS, 2008), como evidenciadas a seguir.

Outra coisa [...] precisamos mudar o foco e a questão do EPI. Ainda que o exemplo que ele tenha colocado é pertinente. Açougue – corte de carne, mas, a grande maioria dos pequenos empresários que a gente visita por aí tem como visão de segurança o EPI e segurança não é EPI. EPI é o último recurso, precisamos mudar esta visão. Quando se fala em segurança não se fala em EPI. O empregador e até o próprio empregado já tem essa visão de que eu fornecendo o EPI me isento de toda essa responsabilidade e não é por aí. O foco é o seguinte, é sempre procurar o EPC que é um equipamento de proteção coletivo e até que não se precise usar equipamento de proteção nenhum. E quem já viu e já teve a oportunidade de entrar em uma fundição e ver o trabalhador equipado para o trabalho naquele momento vai se assustar e se fizer um teste de dois minutos dentro de uma obra daquela não resiste trabalhar com o tal do EPI. EPI é uma coisa que incomoda (F4).

Ao recorrer às considerações de Minayo-Gomez e Thedim-Costa (1997), considera-se que esta forma de trabalhar demonstra apenas um quadro de prevenção simbólica e mascara a forma segura de se trabalhar. É dever do empregador oferecer equipamentos ao trabalhador, como é estabelecido pelo Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA), que é determinado após avaliação do ambiente de trabalho pelo Engenheiro de Segurança de Trabalho. Porém isso não acontece na perspectiva de alguns pesquisados e a VISA tem meios legais para cobrar este documento, assim como verificar se esses condizem com o local de trabalho. Mas esse relato mostra desconhecimento desta lei, indicando fragilidade na visão

sobre a saúde do trabalhador. Além disso, aparece a tendência de transferir para os sindicatos o que é de competência da VISA fiscalizar, quando na verdade deveria ocorrer parceria.

Eu não sei, mas acho que tinha que ter uma legislação que obriga todas as empresas a ter o CAT, o PCMSO. Por lei, não por orientação. Por lei mesmo. Tem que ter CAT, PCMSO. O PPRA ainda né? [...] (B4).

Eu acho que é uma prevenção não é. O uso de EPI, acho que tinha que acionar sindicato. Porque eles pagam sindicato, a maioria das empresas, para que ajude a vigilância a atuar na empresa. Acho que é isso. (B6).

É importante que o profissional de VISA fiscalize o ambiente do trabalhador do setor regulado, como o seu próprio, com a participação dos gestores municipais e estaduais. Também é essencial uma articulação com outras secretarias, como a do Meio Ambiente, Educação, do Trabalho entre outros.

Assim como a VISA, o CEREST também fiscaliza os ambientes de trabalho, e sua influência na saúde física e mental do trabalhador.

Na verdade, as questões físicas são muito evidentes assim como as questões mentais. As questões dos transtornos mentais a gente tem visto na mídia, que a depressão é a segunda maior causa de afastamento no INSS. A gente pode ver como tem aumentado os transtornos mentais, como o ambiente de trabalho propicia isso e como as relações de trabalho são empobrecidas. O ambiente é precário e tem se agravado somado a questão da saúde mental. É pouco relevante ou pouco visível. É muito subjetiva. Esta questão acho que é pior talvez do que a mutilação. Quanto à mutilação, o órgão já está perdido. Já essa outra questão, acaba com a vida da pessoa, da família [...] (F2).

Mas, outra vez, percebe-se no relato de um pesquisado que o trabalhador somente passa a se preocupar com seu ambiente de trabalho quando constata que pode tirar vantagem da precariedade da situação.

[...] o trabalhador não se preocupa porque existe o risco no ambiente de trabalho dele. Ele se preocupa quando percebe que poderia estar levando alguma vantagem além da que ele já está por consequência do risco que se manifestou (C1).

[...] eu nunca me dei conta de que o modo que ela vivia dentro do seu ambiente de trabalho pudesse interferir também na sua condição de saúde. Eu sabia que o modo como ela se inseriu dentro do seu ambiente, da sua comunidade, interferia. [...] (C7).

Outra subcategoria da categoria Cotidiano no Trabalho foi a questão do **Risco**, definido como:

a) À probabilidade de ocorrência de um evento (mórbido ou fatal) – em geral, a VISA trabalha com este tipo de risco; b) representa um termo não-técnico que inclui diversas medidas de probabilidade quanto a desfechos desfavoráveis (LAST, 1989 apud GUILAM; CASTIEL, 2006, p. 16).

A Medicina do Trabalho utiliza a categoria risco “para dar conta dos elementos presentes no centro do trabalho que podem causar danos ao corpo do trabalhador” (LAURELL; NORIEGA, 1989, p. 109).

A VISA é um dos braços executivos que estruturam e operacionalizam o SUS na busca da concretização do direito social à saúde. Sua função principal é atuar no sentido de eliminar ou minimizar o risco sanitário envolvido na produção, circulação e consumo de certos produtos, processos e serviços (LUCCKESE, 2001). Sobre isso os pesquisados citam suas vivências.

Nós funcionários não temos uma função detalhada do local (do ambiente fiscalizado), do risco do local. (A3).

[...] Se ela (faxineira de um centro médico) não tem o EPI adequado, ela está em risco de contaminação. Por algum algodão, por alguma coisa. Então é risco de saúde do trabalhador [...] (B4).

[...] A gente vai ao restaurante, por exemplo, chega lá o pessoal está com o sapato aberto. É risco, não é. [...], tem materiais ali que pode pegar fogo, é risco do trabalhador. (B4).

Eu acho que na vistoria em si, faz parte levantar os possíveis riscos, os pontos críticos e aí a gente entra com a orientação para minimizar risco, diminuir a exposição a algum agente perigoso e controle de produto. Sempre que a gente vai fazer fiscalização na área de água, a gente procura estar olhando onde que é o depósito de cloro principalmente, quem que mexe e se é só um funcionário, entende, se tem algum treinamento ou não, embora geralmente a maioria não tenha treinamento e capacitação. A gente procura olhar se a pessoa usa luva, máscara, óculos, certo. É isso que a gente faz (E1).

Constata-se aqui, que a identificação e a avaliação dos riscos em saúde do trabalhador é atribuição da VISA, os riscos ocupacionais e os ambientais, aos quais esses estão expostos. Segundo Guilam e Castiel (2006), empregam-se para quantificar o risco as classificações grande/pequeno, forte/fraco entre outras; e, na verdade, a utilização desses adjetivos está ligada à ideia de verticalidade como alto risco ou baixo risco, que são os termos mais empregados na VISA. Porém, segundo a fala do pesquisado, é difícil mensurar e/ou identificar o risco quando não se tem um conhecimento real sobre o problema e sobre o ambiente de trabalho.

Laurell e Noriega (1989) alegam que a identificação de riscos, como ambiental (físico, químico e biológico), de acidentes e de comportamento (por omissão ou ação), incorre na análise dos fatores de risco de forma isolada, limitada e insuficiente. Os autores propõem outra forma de classificar os riscos com a categoria denominada “carga de trabalho”, compreendendo os processo de trabalho e os fatores que atuam entre si e com o corpo do trabalhador, produzindo um desgaste (perda da capacidade corporal e psíquica). Estas cargas de trabalho são constituídas por fatores de risco (físico, químicos, biológicos, mecânicos, fisiológicos e psíquicos), que podem resultar em acidentes de trabalho e adoecimentos.

Sobre isso, a classificação de risco com a qual a VISA trabalha atualmente abrange os riscos ambientais (físicos, químicos, biológicos), ergonômicos e de acidentes. Contudo, sem articulação entre esses fatores.

Para que o profissional de VISA avalie e quantifique os riscos, faz-se necessária uma capacitação crítica e ampliada, pois ao detectar esse risco está fazendo prevenção; porém o faz de forma automática, como um receituário, o que se confirma no relato de um dos pesquisados abaixo.

O P_____ está colocando que fiscaliza a questão da higiene do trabalhador porque vai influenciar em risco para a comunidade, que toda vez que você diminui o risco para a comunidade, automaticamente você diminui o risco para o trabalhador. [...] eu diminuo risco para o trabalhador porque eu o obrigo a usar a técnica correta ao mesmo tempo em que ele protege o paciente de se proteger e isto a vigilância sanitária faz automaticamente na área de alimentos. [...] (F1).

Lucckese (2001) afirma que muitos aspectos da análise de riscos e de seu gerenciamento estão associados, na sociedade moderna, ao desenvolvimento industrial – acidentes nucleares, lixo radiativo, pesticidas, derramamento de petróleo, acidentes em

indústrias químicas, chuva ácida, depleção da camada de ozônio, contaminantes nos alimentos, aquecimento global e assim por diante. A análise de risco ajuda o manejo mais racional da tecnologia e a eliminação das condições que deterioram o ecossistema e o bem-estar da sociedade.

O autor complementa afirmando que nas sociedades modernas apenas uma parte dos fatores que podem trazer riscos de agravos à saúde individual e coletiva é regulada pelo Estado. Tal regulação busca tornar a vida mais segura, eliminando ou reduzindo a exposição a certas substâncias (aditivos alimentares tóxicos, por exemplo); situações/procedimentos (fumar cigarro, andar de carro sem cinto de segurança); e até pessoas (médicos e outros profissionais desqualificados). Tem-se hoje ampla e complexa rede de sistemas de regulamentação, que atua das mais variadas formas.

“Como decorrência do caráter interdisciplinar, as ações de VISA incorporam várias acepções da noção risco, tais como: perigo virtual ou ameaça de agravos relacionados com determinados elementos que o homem aprendeu a identificar na experiência cotidiana” (COSTA; ROZENFELD, 2000, p. 17); são inúmeros os riscos em ambientes de trabalho em consequência de substâncias químicas, máquinas, equipamentos, ruídos entre outros.

Isto significa que a prática da VISA em saúde do trabalhador opera na perspectiva da Saúde Ocupacional; isto é, intervindo nos locais de trabalho e controlando os riscos ambientais, como cita Alves (2004), na teoria da multicausalidade, que é um conjunto de fatores de risco analisados e avaliados na produção do agravo à saúde.

Todavia, o trabalhador desconhece o risco ao qual está sujeito e somente procura a VISA ou o CEREST após a ocorrência do acidente, como relata o participante abaixo.

[...] o trabalhador não sabe, ele desconhece e vai descobrir na hora que ele comer bem e fizer exercício físico, que é bom para diminuir pressão, e ele não sabe que se ele enfrentar o risco no trabalho é ruim para ele, é óbvio que ele vai chegar aqui na hora que ele descobrir. (C7).

Segundo Laurell e Noriega (1989), dependendo do risco ou carga de trabalho é que esse trabalhador vai se dar conta da gravidade do problema. Quando é uma carga física (como o ruído e o calor), tem uma materialidade externa sem envolver o corpo humano; se é uma carga química e biológica (como fumaça e micro-organismos respectivamente), tem materialidade externa, mas somente vai ter importância quando ocorrem transformações

gerando interação com os processos corporais. Já quando é uma carga mecânica (fraturas, perda de um membro), por serem mais visíveis, há uma preocupação maior do trabalhador.

Outras cargas de trabalho que merecem atenção especial são as fisiológicas (esforço físico repetitivo) e as psíquicas (tensão, estresse etc.), que não possuem uma materialidade externa visível, mas, conforme o período de ocorrência e a intensidade, são socialmente produzidas e “não podem ser compreendidas como riscos isolados, ou abstratos, à margem das condições que as geram” (LAURELL; NORIEGA, 1989, p. 112-113).

Portanto, o risco é um dos principais referenciais teóricos das ações da VISA, nele incluindo a saúde do trabalhador equivalente ao fator de risco ou fator de prevenção (CORREA, 2009). Porém, segundo Morais e Koller (2004), o risco também pode estar relacionado a toda sorte de eventos negativos e não pode ser visto como uma categoria, mas como um processo. Nesse sentido, cabe à VISA e ao CEREST primeiramente entender os processos ou mecanismos de determinada ação fiscalizadora para relacionar a consequência ao risco ali constatado ou diminuir as cargas de trabalho; caso contrário, podem aumentar os problemas e a incidência de adoecimentos e acidentes de trabalho. Nesse caso, o desconhecimento mais aprofundado dos pesquisados sobre estes mecanismos é de suma importância para a real efetividade e cumprimento dos propósitos da VISA nessa área e seus desdobramentos na vida social.

A **avaliação sobre o próprio trabalho**, tanto na VISA como no CEREST, é outra subcategoria identificada nas discussões dos GFs. A referência a um determinado processo de trabalho desenvolvido através de inspeções, monitoramento, pesquisa e produção de conhecimento científico e tecnológico (BRASIL, 2001b), mostra a fragilidade da ação em saúde do trabalhador.

[...] Eu vou analisar o PPRA, mas não tenho formação nenhuma nesta área, aí se acontece um acidente! [...] eu peço, mas eu fico insegura porque não tenho formação específica na área para analisar uma coisa dessas [...] (D4).

Constata-se aqui que o profissional de VISA nem sempre domina os conhecimentos relacionados à Saúde do trabalhador, quando ao menos um na equipe deveria preencher esse requisito. Assim, a capacitação é necessária para que o profissional não se sinta desamparado na execução de seu trabalho como desabafa esse participante sobre o fato da execução do trabalho obedecer a regras que nem sempre o funcionário está apto a cumprir.

Porque é assim, a gente faz várias coisas ao mesmo tempo [...] (A6).

A verdade é que, quem está a fim, quem gosta de trabalhar e quem guardar a cara a tapa. Porque a gente dá a cara à tapa. (B4).

Além da capacitação da equipe para trabalhar em ações de saúde do trabalhador, é preciso também ter perfil para trabalhar nesta área, pois, segundo esse relato o trabalho não é fácil e na maioria das vezes o tipo de ação a ser executada pode gerar conflitos.

[...] Tem algumas coisas relacionadas à saúde do trabalhador que a gente tem que ter como aparelhos específicos. Você acha que todas as vigilâncias têm? Não tem. (A6).

[...] Por outro lado acho que essa sensibilização que a gente tem enquanto funcionário público, e pelo nosso próprio adoecimento no trabalho, a gente está sempre estressada, irritado, mal-humorado, doente, quer sair de licença, quer se afastar e tal... Porque o trabalho é muito pesado e aí você se identifica quando você vê o outro. Nossa! Esse aqui também deve ficar cansando igual a mim, esse aqui deve ficar irritado, esse aqui deve odiar o chefe do jeito que eu odeio, então, quando você se identificar com o outro fica muito mais fácil de perceber essa carga de trabalho. Eu acho que talvez isso seja um fator que levou a vigilância, que não tinha pensado nisso, a começar a pensar, a se preocupar porque as nossas condições de trabalho são péssimas (C12).

Tal questão é amparada pela legislação, que prevê a necessidade de promover condições de trabalho que garantam o bem-estar físico e psicológico do profissional de VISA, assim como transporte adequado, equipamentos condizentes com as atividades desenvolvidas, como protetores auriculares, botas entre outros (BRASIL, 2011c). Além disso, mesmo sendo uma questão recente, tudo indica que ainda não estão claras as atribuições relacionadas à Saúde do Trabalhador, de responsabilidade em nível estadual e municipal, e como fiscalizar estas ações.

Enquanto vigilância sanitária, o que eu vejo é que observamos sobre saúde do trabalhador mais na questão física. Há, vamos pedir o PPRA, o PCMSO para ver quais são os riscos físicos que aquela pessoa está sujeita [...] (C4).

Quanto à avaliação do trabalho no CEREST, alguns pesquisados mencionam as atribuições e competências do CEREST.

[...] porque o CEREST, por ser um poder híbrido diferente, a administração dele é municipal e ele nasceu para ser referência regional [...] (F5).

[...] uma das áreas dos princípios do Cerest é divulgar informações de saúde do trabalhador [...] (C7).

Outro ponto que chamou a atenção no debate dos GFs foi o fato de o próprio trabalhador do CEREST ter dificuldade em conhecer e colocar em prática suas habilidades e competências.

No sentido legal mesmo, algumas situações dá conflito legal. Quem é a competência legal para agir. Não está claro. Alguns acham que é a gente, está lá na Constituição, os artigos se respaldam naquilo, e faz a ação [...] (D6).

[...] qual é o nosso papel. Existe esta realidade e o CEREST vai trabalhar mais com ela. A gente tem uma visão recortada. [...] Ninguém procura o CEREST quando está todo mundo com saúde e com emprego. (C12).

[...] Com o trabalhador é a mesma coisa. Quando ele se vê encurralado, vai atrás dos seus direitos. [...] Então, acho que a gente que lida com isso tem que procurar entender profundamente qual é essa situação, que conflito é esse e qual é o nosso papel. Porque a gente tem que ir além da critica a essa situação. O cara só quer benefício, sim! Mas porque ele só quer o benefício? Como é que a gente vai lidar com isso. (C12).

Por sua vez, para que o CEREST cumpra o seu papel, é preciso que a população conheça essa instituição, o que nem sempre ocorre, conforme mostra o relato abaixo.

[...] em relação à saúde do trabalhador [...] Para que a população nos atenda e entenda qual é a nossa posição sabe! Por isso que a gente fala da missão do CEREST, por exemplo, de ser reconhecido pela população, é nesse sentido. Se a população entender que o nosso serviço é importante e presta para alguma coisa, a gente nunca vai ter apoio político. Nunca vai conseguir trabalhar. (C12).

[...] nem tudo é dado conhecimento ao trabalhador porque não há interesse que eles saibam entendeu? Não é interessante saber (F4).

Mais uma vez, a forma de a população partilhar das políticas de saúde deve ser através do controle social. Segundo Nardi (2011, p. 328), o controle social está previsto na forma de “gestão partilhada dos CERESTs, não foi efetivado na maior parte dos serviços”.

Por outro lado, o relato a seguir mostra com clareza que o sindicato pode ser um parceiro, colaborar na gestão das políticas em saúde do trabalhador sem que a VISA deixe de fazer o seu papel.

Como o foco que foi colocado aqui foi a importância da orientação e educação para o trabalhador, eu acho que a questão da participação do Sindicato é crucial. O que a gente vê atualmente é a dificuldade de trazer o sindicato. [...] a gente chama o sindicato e não conseguimos a adesão dele. Acho que o sindicato seria uma força para estar fazendo essa orientação para o trabalhador porque foi colocado até mais do que a própria vigilância, [...] estamos tentando encontrar uma forma de estar trazendo o sindicato. Só que a gente vê que o sindicato perdeu um pouco toda aquela força e poder que tinham na época das diretas já, na época do Covas e depois com a abertura ai do mercado capitalista, da privatização o sindicato vem perdendo cada vez mais poder de negociação. Quando ele senta para negociar, ele vai querer negociar plano e metas, uma coisinha ou outra, mas a questão da segurança do trabalho, das máquinas e do meio ambiente, acho que isso não está na mesa de negociação. Acho que conseguir que um sente ai na mesa de negociação será vitorioso [...] então, acho que mudar essa visão, conseguir trazer esses sindicalistas, isso eu acho que é o nó que a gente vai ter que desatar. (F5).

Isto mostra consonância com a perspectiva do campo da Saúde do Trabalhador, porque os sindicatos são atores necessários ao processo de articulação das políticas nessa área, como explica Lacaz (1997):

Nestas experiências os Serviços de Saúde Pública começam a nuclear a articulação entre as ações de assistência e vigilância (controle de nocividade) dos ambientes e locais de trabalho, envolvendo uma atuação interinstitucional que engloba órgãos da esfera federal [...], em nível dos estados e a Universidade, com abertura para a participação e a gestão dos sindicatos (LACAZ, 1997, p. 9).

Na avaliação de Nardi (2011), durante o governo do Presidente Fernando Henrique Cardoso (1994-2002), os sindicatos se desmobilizaram e no governo do Presidente Luis Inácio Lula da Silva (2002-2010), com a institucionalização das ações em saúde do trabalhador, esses movimentos não tiveram mobilização política e participação sindical. Contudo, essa entidade tem um papel importante no fortalecimento dessa questão.

A temática **percepção de sofrimento no trabalho** aparece também na categoria Saúde do Trabalhador, enfatizando aqui as vivências no trabalho do profissional de VISA ou CEREST.

[...] A gente trabalha, fica de plantão [...]. Se tiver enchente, a gente vai trabalhar e à parte da saúde mental, você chega e encontra outra realidade, como eu já presenciei. Eu estava conversando com uma pessoa e outras duas pessoas estavam do meu lado gritando no meu ouvido o tempo todo, me xingando e me ofendendo. E eu tendo que me preocupar com quem estava conversando. Então a vigilância tem isso também não é? Tem esse outro lado da participação (A6).

[...] Não sei qual o resultado, mas, tem esse direcionamento das pessoas entenderem que este é um serviço importante para a população, porque a gente briga com todo mundo! Não é justo! A gente está justamente tentando dar uma condição boa para todos. Como é que a população até hoje não reconhece a vigilância como um papel super importante na proteção da saúde! Não defende a vigilância, não é? [...] (C12).

Enquanto sujeitos da própria ação de trabalho, mostram-se afetados pelo seu modo operatório no dia a dia, confirmando, conforme Merlo (2011), que fatores como políticas de gestão de pessoas e aspectos relacionados à organização do trabalho afetam a saúde do trabalhador.

Araújo (2011) alerta para o fato de que a saúde mental dos trabalhadores pode comprometer as mudanças efetivas na estrutura organizacional e nos ambientes de trabalho. Que nesta relação entre trabalho e saúde mental, devem ser considerados aspectos como reconhecer o trabalho também como fonte de vida, de vias propiciadoras de satisfação e prazer, de modo a fortalecer as possibilidades de saúde no trabalho. Esta situação se confirma nas falas dos pesquisados abaixo.

[...] porque a gente enfrenta situações que, mais simples até bem complexa e que o estresse emocional é muito grande. (A6).

[...] a gente tem experiência de pessoas que surtaram dentro da vigilância. [...] Por conta de um estresse emocional muito grande. Porque a vigilância, no nosso caso também, como é municipalizada, a gente atende balcão, atende telefone, ao mesmo tempo em que está fazendo um relatório, que está pensando na ação do dia seguinte ou na ação que passou. Se a gente fez um auto de infração, se a notificação está de acordo [...] (A6).

Esta sobrecarga de trabalho sugere também afetar a saúde do profissional da VISA e do CEREST. Vale lembrar que quando o homem está doente fisicamente, torna-se menos produtivo; mas quando ele sofre mentalmente, desestrutura-se externamente e internamente (DEJOURS, 1992).

A presença de fatores estressantes parece não ser objeto de atenção desses pesquisados no dia a dia. Um deles faz um alerta sobre a necessidade de revezamento no trabalho quando uma equipe percebe que isso acontece entre seus membros, o que pode ser muito preocupante, considerando que esse trabalha com a saúde de outro trabalhador.

[...] olha se a pessoa está sobrecarregada! [...] Vamos direcionar um pouquinho para outro. Vamos conversar com ela. Vamos ver o que pode ser feito. [...] Falta isso um pouco na vigilância. (A6).

Eu até brinco com o pessoal lá. Olha, eu acho que para trabalhar na vigilância sanitária, “o menos louco baba”. [risos] (A5).

Assim, ao discutir a saúde do trabalhador, os profissionais da VISA também se remetem à própria saúde, o que é inevitável, uma vez que se é produto e produtor das relações sociais que se estabelecem.

Eu queria dizer que em minha opinião já mudamos um pouco de foco. Estava falando do trabalho nosso em saúde do trabalhador. No fim se voltou para a nossa situação interna de saúde do trabalhador (D7).

Esta questão pode ser preocupante, pois, para Dejours (1992), o sofrimento reflete no trabalhador um sentimento de incapacidade e incompetência diante da realidade, especialmente frente ao seu desempenho no trabalho.

[...] Então cadê esse compromisso, como é que a gente faz para resgatar o nosso compromisso pessoal no dia a dia como servidor público. Qual é a minha obrigação? A minha obrigação é ir à padaria aplicar o check list, colocar coisas de saúde do trabalhador para que? O que eu vou fazer com isso depois. Eu estou criando cultura, que vai se transformar em uma política pública. Então, acho que nosso desafio maior é trabalhar melhor, eu preciso trabalhar melhor, não é? Apesar de toda estrutura. O que eu posso mexer? O que eu tenho? Não tenho um computador bom, mas eu tenho aquele! É com aquele que eu vou me virar [...] (C12).

[...] Por outro lado acho que essa sensibilização que a gente tem enquanto funcionário público, e pelo nosso próprio adoecimento no trabalho. A gente está sempre estressada, irritado, mal-humorado, doente, quer sair de licença, quer se afastar e tal... Porque o trabalho é muito pesado [...] e aí você se identifica quando você vê o outro [...] então, quando você se identificar com o outro fica muito mais fácil de perceber essa carga de trabalho. Eu acho que talvez isso seja um fator que levou a vigilância, que não tinha pensado nisso, a começar a pensar, a se preocupar porque as nossas condições de trabalho são péssimas (C12).

[...] Olhando para o nosso umbigo, nós também sofremos ao longo desse tempo todo com condições, vamos dizer insalubres, além de falha no posto de trabalho, falhas também com o modo de tratar o profissional de vigilância sanitária. Isso acontece muito [...] o funcionário não ter amparo legal, isso acarreta sofrimento, acarreta negatividade, acarreta desgaste, acarreta tudo. (D3).

A palavra sofrimento, em princípio sugere dor, porém “sofrimento não é unicamente definido pela dor física nem pela dor mental, mas pela diminuição, até à destruição, da capacidade de agir, do poder fazer, sentidos como um golpe à integridade de si” (RICOEUR, 1991, apud OLIVEIRA, 2003, p. 7).

O homem, de acordo com Arendt (2007), submete-se à condição de sofrimento a todo o momento. O sofrimento é entendido como uma vivência subjetiva que está entre a doença mental e o conforto psíquico, podendo ser considerado não apenas pelo lado negativo, como também pelo criativo; isto é, quando o trabalhador encontra formas de defesa para lidar com as opressões da organização do trabalho. (DEJOURS, 1992; BRANDT; MINAYO-GOMEZ, 2011).

Este sofrimento apresenta-se intrinsecamente relacionado às mudanças nas questões do macrossistema (visto aqui como as políticas federal, estadual e municipal), na medida em que as ações foram sendo descentralizadas do Estado para o Município. Tais mudanças geraram conflitos nas VISAs Estaduais e, conforme relatos abaixo, não foram respeitados e considerados os profissionais de VISA, com reflexos em sua vida pessoal.

Ao longo do tempo [...] com fechamento e mudanças na hierarquia do Estado inteiro. Nós tivemos e vivenciamos processos de diminuição dos grupos de vigilância sanitária que eram os ERSAs, depois virou grupo de vigilância sanitária. Da noite para o dia o profissional que trabalhava na vigilância sanitária e residia naquela cidade, ele foi jogado para um outro município, obrigado a trabalhar em outro município, sofrer toda aquela situação de viajar todos os dias, então, tem isso também. Nosso governo infelizmente não foca isso [...] (D3).

Vai influenciar na vida familiar e nas relações de trabalho [...] (D5).

É o estilo do Estado há muito tempo. Nós não temos mais a função nossa, nós estamos aí, mas, a gente não é mais reconhecida. (D1).

Outro impasse apresentado pelos participantes diz respeito ao acúmulo de tarefas, pois muitas VISAs não possuem número suficiente de profissionais capacitados, porém este é um problema que não acomete apenas as VISAs; ele faz parte do mundo contemporâneo, que segundo Antunes (2008) tem trocado o trabalhador especializado pelo trabalhador polivalente e multifuncional.

A VISA Estadual que deveria supervisionar as ações dos municípios, além das suas próprias, não consegue dar conta dessa atribuição. Além disso, há programas a serem desenvolvidos, como o de saúde do trabalhador, que gera conflitos pela sensação de incompetência e impotência no não cumprimento das normas sanitárias.

É que na visão de municipalização, como nós somos nível Estadual, seria nossa função daqui para frente estar dando o apoio, suporte, para as VISAs municipais, só que a gente vive ao longo do tempo atuando e sem tempo inclusive de dar o apoio e sem estar supervisionando as VISAs municipais. Então faz muito tempo que a gente está tendo que abraçar o mundo com as mãos e não tendo condição nenhuma de fazer um trabalho decente. (D3).

[...] segurança no trabalho é mal vista para a vigilância sanitária e aí eu defendo o profissional de VISA porque o que se constata nas vistorias que a gente faz com a visa é que já tem um monte de coisa para ser vista dentro da vigilância sanitária não é? (F4).

Observam-se aqui, dois pontos importantes. O primeiro se refere à questão das vivências desse trabalhador, o outro, às condições do trabalho contemporâneo, resultando no acirramento das interações entre esses dois sistemas, ou seja, produzindo influências recíprocas.

Essas influências confirmam que “desenvolvimento e processos variam como uma função conjunta das características da pessoa e do ambiente, permitindo a detecção de efeitos sinérgicos” (BRONFENBRENNER, 2011, p. 148).

Em relação às propriedades das pessoas, questiona-se o quanto as interações são sinérgicas, isto é, se há esforço suficiente por parte dos funcionários em realizar suas ações e contar com o outro nesse processo. Sobre as influências do contexto de trabalho, observa-se

que as dificuldades apontadas pelos pesquisados demonstram que as experiências e os métodos utilizados para se desenvolverem não foram o suficiente para executar suas tarefas frente ao processo de mudanças instaurado nos contextos nesses últimos anos.

[...] o ser humano cria o ambiente que dá forma ao seu desenvolvimento humano. Suas ações influenciam os diversos aspectos físicos e culturais que modelam sua ecologia, sendo este esforço o que faz os seres humanos – para melhor ou para pior – produtores ativos de seu próprio desenvolvimento. (BRONFENBRENNER, 2011, s.p.).

Uma vez analisados todos os GFs, o que surpreende é que em nenhum momento esses pesquisados (da VISA) citaram a importância da atuação do CEREST desenvolvendo ações em conjunto, no tocante à saúde do trabalhador. Lembraram do CEREST apenas para informar sobre um curso de NR 7 (Norma Regulamentadora nº 7), que se refere ao PCMSO. Em vários momentos, reivindicam capacitação para realizar as ações de saúde do trabalhador; todavia, não solicitam ao CEREST que ofereça treinamento às VISAs, uma vez que esse é órgão de referência e que tem como finalidade ofertar tal treinamento, dentro de suas atribuições.

Este compartilhamento e a busca de uma prática conjunta são previstos e necessários, pois fazem parte das atribuições do CEREST como articulador da política de saúde do trabalhador, com as estruturas já existentes do sistema de vigilância e assistência à saúde. (BRASIL, 2005b). Garibotti, Hennington e Selli (2006) salientam, ainda, que, apesar de a VISA ser responsabilidade do Estado, é de responsabilidade também da sociedade civil.

Nesse sentido, Bronfenbrenner (2002), ao mencionar o que é importante para um desenvolvimento saudável, aponta que a saúde deve ser considerada nos mais variados contextos e o Estado tem um papel importante “quando se faz promotor de políticas sociais como habitação, educação, saúde, emprego entre outros e são consideradas dimensões fundamentais na prevenção e manutenção das condições de saúde das pessoas” (BORUCHOVICH; MEDNICK, 2002 apud MORAIS; KOLLER, 2004, p. 101).

É possível fazer um paralelo entre o esquema de desenvolvimento da figura 5 que consta à página 58 com o trabalho em saúde do trabalhador na VISA, conforme segue na figura 6. Nela, o Estado, a VISA, as instituições e as empresas atuam como forças dos contextos; ou seja, o Estado faz a sua parte promulgando leis que regem a operacionalização das ações de VISA, no caso, em saúde do trabalhador. As instituições, entidades, empresas e até mesmo a sociedade civil, devem acatar esses dispositivos; cabe à VISA prevenir, fiscalizar, diminuir riscos e agravos nessa área.

Todas essas demandas de atuação em saúde do trabalhador exigem competências dos profissionais para seu efetivo cumprimento, todavia, a forma como se dá esse processo está condicionada à formação deles em diferentes níveis (graus de escolaridade, conhecimentos e experiências) e a uma natural heterogeneidade de características pessoais. Lembra-se, também, do aspecto tempo balizando a forma de assimilação dos saberes necessários a essa prática. Perante esse quadro, os envolvidos (funcionários) parecem ser diretamente afetados, vivenciando um campo de tensão entre os recursos que possuem para enfrentamento dos desafios que isso gera e a condição de formação desigual para tal. Ou seja, quando possuem disposições geradoras para executar suas ações essa tensão é superada positivamente, favorecendo desenvolvimento. Ao contrário, quando esses funcionários apresentam disposições disruptivas, isso inibe suas ações e, conseqüentemente, não favorece desenvolvimento. Assim, entende-se que a formação atual em saúde do trabalhador, diante das necessidades impostas pelo cotidiano do trabalho, não favorece uma dinâmica de trabalho transformadora nesse contexto, pela falta de conjugação entre os diversos sistemas (macro, exo, meso e microssistemas), pela configuração atual do processo e do tempo desse trabalho e pelas características pessoais dos envolvidos.



Figura 6: Modelo do campo de forças das disposições, recursos e demandas pessoais e as forças dos contextos de Copetti e Krebs (2004) adaptado pela autora.

Portanto, para a efetividade do trabalho da VISA e CEREST nas questões relacionadas à saúde do trabalhador, além de capacitação periódica, há necessidade de melhorar a articulação do trabalho (processo) aos contextos de formação e às propriedades das pessoas.

Ao finalizar este capítulo, conclui-se, pelos resultados apresentados, que a formação é o ponto chave para alavancar a atuação do profissional de VISA nas ações em Saúde do Trabalhador, desde que atrelada a um contexto de trabalho redimensionado em termos dos sistemas aos quais se vincula, à forma como o processo é colocado em movimento e ao tempo para fazer isso acontecer. Passados quase trinta anos no Brasil da regulamentação dos dispositivos relacionados à saúde do trabalhador, quando esse desenvolvimento virá?

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo iniciou-se com um problema identificado pela pesquisadora ao longo de sua carreira dentro da VISA, questionando como ocorre a formação dos profissionais da VISA para as práticas de sua competência na área da saúde do trabalhador. Para responder a isso, partiu-se para uma investigação sobre as relações entre a formação e o cotidiano de trabalho dos profissionais de VISA e do CEREST, que, segundo suas atribuições, devem também executar as atividades nessa área.

Primeiramente, constatou-se o pequeno número de produções, sugerindo que pouco se tem estudado sobre o assunto em pauta e que as reflexões dos autores carecem de aprofundamento.

A VISA, sendo o órgão responsável pela prevenção, diminuição ou eliminação dos riscos sanitários, com a Constituição de 1988 recebe também como atribuição fiscalizar a saúde do trabalhador, incluindo o processo e o ambiente de trabalho. Porém, foi com a reforma sanitária, a trajetória da Constituição e a reformulação de um campo de saber, que foram criados uma estratégia política e um processo de transformação institucional (FLEURY, 2009), resultando em uma política pública.

Para entender a operacionalização desta política pública e suas relações com a saúde do trabalhador e a própria VISA, esse estudo considerou importante identificar o processo de formação dos profissionais das equipes de VISA e do CEREST, conhecendo-lhes o cotidiano de trabalho e analisando as relações entre a formação e suas práticas nessa área, visando ao desenvolvimento humano.

Os resultados apontam, no perfil dos pesquisados, prevalência do sexo feminino; idades acima de quarenta anos; escolaridade de nível superior, especialmente na área da saúde; e jornadas semanais de trabalho diferenciadas entre os profissionais da VISA Estadual e Municipal e do CEREST. Quanto aos cargos, apesar de serem técnicos, muitos executam serviços também nas áreas administrativas ou em atividades não condizentes com o cargo como, por exemplo, engenheiros executando serviço de fiscalização ou serviços gerais.

Sabe-se que, com a municipalização, a contratação de recursos humanos fica ao encargo dos gestores municipais, porém se faz necessário que os governos Estadual e Federal fiscalizem melhor o perfil dos contratados para o trabalho na VISA. E, ainda, se existe uma equipe multidisciplinar em número suficiente para atender à demanda do município e de acordo com o que foi estabelecido no PDVISA (BRASIL, 2007a).

Quanto às equipes que trabalham na VISA e no CEREST, o tempo de dedicação exclusiva também é um fator importante na formação, assim como para o resultado de suas ações, pois constatou-se que muitos funcionários trabalham com jornadas diferenciadas, chamando mais a atenção o fato de o órgão responsável pela capacitação dos profissionais, CEREST, possuir no seu quadro 50% dos funcionários com dedicação de até 3 horas semanais na equipe. Considera-se essa jornada de trabalho incipiente para auxiliar as 27 equipes de VISA dessa mesorregião, pois o pouco tempo de dedicação exclusiva dos funcionários não favorece uma visão ampla do trabalho nas VISAs, tampouco permite o aprofundamento nas questões relativas à saúde do trabalhador, conforme evidenciado nesta pesquisa .

É possível supor a partir dos dados analisados que a jornada de trabalho deva contemplar no mínimo 20 h/semanais de dedicação exclusiva, para de fato o funcionário realizar efetivamente suas ações. Essa questão do tempo é uma variável importante no processo do desenvolvimento, ocupando um espaço privilegiado no modelo bioecológico, tendo em vista que as mudanças no ambiente podem interferir no curso de vida do indivíduo, interrompendo o processo de aprendizagem, essencial ao desenvolvimento humano. (DESSEN; COSTA JÚNIOR, 2005),

Este tempo aqui descrito se refere não somente àquele que o profissional necessita para realizar suas ações, mas também aos anos que essas ações foram implantadas (tempo histórico). Com relação à VISA e à Saúde do Trabalhador, decorreram quase 30 anos desde a VIII Conferência Nacional de Saúde, a promulgação da Constituição Federal, a criação da ANVISA entre outros dispositivos, que contribuíram para que essa nova perspectiva de Saúde do Trabalhador fosse alavancada; todavia, parece que esse tempo do ponto de vista cronológico não foi suficiente para a ocorrência das mudanças demandadas pelos diversos contextos.

Constatou-se, do ponto de vista dos participantes, que em termos da educação formal (graduação) não existe uma formação específica para o trabalho em VISA, há apenas disciplinas específicas em alguns cursos que contribuem para isso. A formação profissional então fica mais ao encargo de cursos de extensão, pós-graduação, strictu sensu ou latu sensu, com oferta reduzida pelas instituições de ensino. Como o processo de educação continuada é precário, a educação informal e não formal aparece como possibilidade para preencher as lacunas dessa formação, frente às demandas do contexto atual.

Considerando que o trabalho do profissional de VISA envolve complexidade e atualização constante, pois fiscaliza a qualidade de vida da população nos ambientes de

trabalho, a falta de uma formação consistente, somada à precariedade na estruturação das equipes (equipes em número reduzido), assim como as interferências políticas, entre outros aspectos apontados nos relatos dos pesquisados, comprometem o desenvolvimento humano de todos.

Do ponto de vista normativo, as ações de Saúde do Trabalhador devem ser executadas pela VISA, sendo a capacitação dessas ações de atribuição do CEREST; verificou-se, entretanto, que na realidade isso não ocorre, resultando no desempenho de ações fracionadas e incipientes por parte dos profissionais. Ou seja, embora estejam previstas e planejadas nos dispositivos legais (no nível macro e micro), sua operacionalização é comprometida, especialmente pela falta de conhecimento dos funcionários sobre o tópico saúde do trabalhador.

Nos relatos analisados, apesar de as equipes de profissionais executarem algumas ações em saúde do trabalhador, fazem-no sem informações e formação clara sobre suas atribuições nessa área; o CEREST sugere não subsidiar a VISA de forma efetiva e continuada, para o seu desempenho. Fica evidente trabalharem nos moldes da perspectiva da Saúde Ocupacional privilegiando a fiscalização dos contextos de trabalho e riscos sanitários. Falta-lhes uma compreensão ampliada dos elementos que influenciam a intrincada rede do processo de trabalho, como as características pessoais desse profissional concorrendo para gerar ou não mudanças em seu modo operatório, além da falta do controle social para promoção dessas mudanças.

Nesse processo, portanto, a formação cumpre um papel fundamental, instrumentalizando esse profissional no seu fazer e no cumprimento dos propósitos do Estado. Mas cabe a todos os atores – o Estado, as instituições, os funcionários e a população – a articulação entre o papel de cada um no sistema. O desenvolvimento de todos influencia e é influenciado pela conjugação eficaz dos papéis de cada um.

É preciso que seja cumprido o que está estabelecido no PDVISA (BRASIL, 2007b), quanto à equipe multidisciplinar que atenda às necessidades do município. Que os gestores municipais compreendam a importância da VISA, o papel que devem exercer no SUS e que constituam uma equipe que consiga desenvolver as ações de VISA e conseqüentemente de saúde do trabalhador, principalmente os profissionais que compõem as equipes do CEREST.

Constatou-se, em relação à formação no trabalho, a necessidade por parte do poder público de uma educação em saúde que envolva os conhecimentos necessários ao trabalho na VISA, e critérios para uma capacitação continuada regionalizada, incluindo formação na área de saúde do trabalhador. Tal formação deve levar em conta, além da educação formal, não

formal e informal, os conhecimentos adquiridos ao longo da vida, as experiências e as práticas no trabalho que concorram para execução eficaz do trabalho nessa área.

Considera-se que os governos municipais devam investir na educação continuada de forma planejada e programada, com cursos de curta duração e palestras, assim como promover a articulação com as universidades. A possibilidade do ensino à distância mostra-se uma estratégia de exequibilidade dessa proposta, haja vista a iniciativa recente da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) nesse sentido.

Sobre as práticas cotidianas de trabalho da VISA e do CEREST, observou-se que as questões políticas exercem forte influência, muitas vezes atuando como obstáculos no efetivo cumprimento das ações de VISA, gerando constantes situações de risco para a população. O desconhecimento do trabalho na VISA, por parte dos gestores municipais, parece prejudicar a execução dessas ações que requerem muitas vezes providências urgentes, tendo em vista sua finalidade de eliminar ou diminuir riscos, além da prevenção. Essa questão impacta a tomada de decisão dos profissionais de forma autônoma e os comportamentos geradores de transformação no e do trabalho.

Sugere-se que a cada troca de gestão municipal não ocorra uma fragmentação das equipes de VISA e que a estrutura permita que os profissionais exerçam sua autonomia, sejam reflexivos e que, a cada movimento de mudança, valorizem sua experiência.

As relações entre a formação e as práticas dos profissionais de VISA e CEREST relativas à saúde do trabalhador apresentam carências quanto à formação dos profissionais nos microsistemas em que ele está inserido (trabalho e escola) com complicações para o mesossistema (inter-relação entre trabalho e escola) e especialmente pelo macrossistema (governo). Pelo fato de o Estado desempenhar um papel fundamental na prevenção da saúde da população, há necessidade de capacitação continuada em saúde do trabalhador.

A pesquisa mostrou que o Estado faz a sua parte elaborando leis em prol da formação profissional; entretanto, é preciso que seja criado um dispositivo de cobrança na implementação dessas leis e que esta formação atenda à demanda de cada região. Na prevenção se faz necessário que os profissionais compreendam os processos e o intercâmbio entre o indivíduo e o ambiente e que exista uma inter-relação entre os ambientes (do imediato microsistema até o mais distante - macrossistema). Se os profissionais não recebem apoio e condições adequadas para a execução de suas ações, não se desenvolvem e, conseqüentemente, não promovem o desenvolvimento humano e dos contextos.

Assim, tudo indica existir uma demanda de maior conhecimento na área em questão por parte dos funcionários e falta de controle social por parte de todos, gerando um foco de

tensão que não resulta em mudanças, ou seja, desenvolvimento humano, pois há demanda de trabalho nessa área, mas despreparo das equipes para executá-los.

Embora o objetivo dessa pesquisa não tenha sido analisar as propriedades das pessoas, abordar como os funcionários trabalham, mas sim a interação entre o processo, o contexto e o tempo, é possível supor que são os processos proximais (interações) que modularam as mudanças necessárias à efetividade no trabalho em saúde do trabalhador da VISA e do CEREST. Nestes processos proximais as propriedades dos indivíduos desempenham um papel fundamental.

Constatou-se, ainda, que os funcionários da VISA ao fazerem referência às questões da saúde do trabalhador do outro (sujeito de suas práticas), fazem-no também de si mesmos, embora sem crítica necessária sobre essa relação. Se veem muito mais como sujeitos de uma ação de saúde sobre o outro e não como sujeitos que também sofrem essa mesma ação. Supõe-se que da consciência sobre tal questão residam, talvez, as mudanças na sua prática e no seu desenvolvimento humano.

Os relatos indicam que o trabalho executado por eles resulta em um desgaste constante enquanto trabalhadores, porém, apesar e todas as dificuldades e precariedades, conseguem realizar suas tarefas minimamente.

Tendo em vista os limites desse estudo, considera-se pertinente investigar a questão da formação para o trabalho em outros contextos brasileiros da VISA, especialmente em relação à sua atuação em saúde do trabalhador, pela carência dos estudos encontrados.

À guisa de conclusão, espera-se que esta discussão continue, com uma análise mais profunda sobre o que está previsto nas legislações e o papel que efetivamente os órgãos públicos desempenham sobre esta temática.

Encerra-se a presente Dissertação com a certeza de que:

Podemos e devemos contribuir para que a Saúde do Trabalhador seja efetivamente incorporada ao serviço público como política de Estado e direito de cidadania. Garantir a eficiência do funcionamento dos serviços aos quais somos vinculados e o respeito aos cidadãos-trabalhadores-usuários é contribuição que em grande parte só depende de nós mesmos (MAENO; CARMO, 2005, p. 290).

REFERÊNCIAS

ALBORNOZ, S. **O que é trabalho**. 6. ed. São Paulo: Brasiliense, 2000.171v.

ALMEIDA-FILHO, N. O conceito de saúde: o ponto – cego da epidemiologia? **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 3, n.1-3, dez.2000.

ALVES, T.E.A. **O trabalho em saúde como espaço pedagógico**: desafios e possibilidades. 2010. 86 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2010.

ALVES, N. C. R. **Corpos entre saúde e trabalho**: a construção sociopolítica da LER como doença. Belo Horizonte, 2004. Disponível em: < www.psicossocial.com.br> Acesso em: 21 ago. 2011.

ANTUNES, R. Século XXI: nova era da precarização estrutural do trabalho? In: Seminário Nacional de Saúde Mental e Trabalho. Nov. 2008, São Paulo – SP. **Anais eletrônicos...** São Paulo: Fundacentro, 2008. Disponível em: < <http://www.fundacentro.gov.br/dominios/CTN/anexos/Mesa%201%20-%20Ricardo%20Antunes%20texto.pdf>> Acesso em: 11 mai. 2013.

ANTUNES, R.; POCHMANN, M. Dimensões do desemprego e da pobreza no Brasil. **Interfaces –Revista de Gestão Integrada em Saúde do Trabalho e Meio Ambiente**. v.3, n.2, abr./ago. 2006. Disponível em:< <http://www.revistas.sp.senac.br/index.php/ITF/article/viewFile/119/135>> Acesso em: 11 mai. 2013.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Guia de Orientações para elaboração do Plano diretor de vigilância sanitária**. Brasília - DF: Jun., 2007a.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Protocolo das ações de vigilância sanitária**. Brasília-DF, 2007b. Disponível em: < http://www.anvisa.gov.br/hotsite/pdvisa/protocolo_acao.pdf> Acesso em: 1 mar. 2012

_____.Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **I Conferência Nacional de Vigilância Sanitária**. Relatório final. Brasília - DF: ANVISA, 2001. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/1conf_nac_vig_sanit_relatorio_final.pdf> Acesso em: 10 jun. 2012.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Formação de recursos humanos para a Vigilância Sanitária. **IV Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva**. Salvador – BA, 2000. Disponível em: < http://www.anvisa.gov.br/institucional/snvs/coprh/normas/oficina_rh.pdf> Acesso em: 10 jul. 2012.

ARAÚJO, T.M. Revisão de abordagens teórico-metodológicas sobre saúde mental e trabalho. In: MINAYO-GOMEZ, C.; MACHADO, J.M.H.; PENA, P.G.L. (Orgs) **Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011.

ARENDT, H. **A condição humana**. 10. ed. São Paulo: Forense Universitária, 2007.

ARROYO, M.G. Trabalho – educação e teoria pedagógica. In: FRIGOTTO, G. (Org.). **Educação e crise no trabalho**: perspectivas de final de século. 9.ed. Petrópolis- RJ: Vozes, 2008.

ASSUNÇÃO, A.A., Condições de trabalho e saúde dos trabalhadores da saúde. In: MINAYO-GOMEZ, C.; MACHADO, J.M.H.; PENA, P.G.L. (Orgs) **Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 4. ed. Coimbra, Portugal: Edições 70, 2010.

BORGES, L.O. As concepções do trabalho: um estudo de análise de conteúdo de dois periódicos de circulação nacional. **RAC**. v.3, n.3, p.81-107, set./dez. 1999. . Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rac/v3n3/v3n3a05.pdf>> Acesso em: 2 fev. 2013

BRAGANÇA, I. F. S., Sobre o conceito de formação na abordagem (auto) biográfica. **Rev. Educação**. Porto Alegre: PUCRS, v.34, n.2, p.157-164, mai. /ago.2011. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/php/faced/article/viewFile/8700/6352>> Acesso em: 03 mar. 2012.

BRANDT, L.C.; MINAYO-GOMEZ, C. A temática do sofrimento nos estudos sobre trabalho e saúde. In: MINAYO-GOMEZ, C.; MACHADO, J.M.H.; PENA, P.G.L. (Orgs) **Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011.

BRASIL, **Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada**. Mercado de trabalho, n. 51, mai. 2012. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/mercadodetrabalho/bmt51_nt02_perfil_dforca.pdf> Acesso em: 15 jan. 2013

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. **Diário Oficial da União**, Brasília – DF, p. 46-51, 24 ago. 2012a. Disponível em: <<http://www.cvs.saude.sp.gov.br/up/PNSTT.pdf>> Acesso em: 13 set. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano nacional vai melhorar saúde do trabalhador**. Portal da Saúde, 27 abr. 2012b. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/4912/162/plano-nacional-vai-melhorar-saude-do-trabalhador.html>> Acesso em 20 jul. 2012.

BRASIL. Presidência da República. Decreto 7.602, de 7 de novembro de 2011. Dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho - PNSST. **Diário Oficial da União**. Brasília – DF, 8 nov. 2011a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7602.htm> Acesso em 20 jun. 2012.

BRASIL. **Vigilância em Saúde**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília – DF: CONASS, 2011b. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS, parte 1). Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publ.1.pdf>> Acesso em: 10 ago. 2011

BRASIL. **Vigilância em Saúde**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília-DF: CONASS, 2011c (Coleção Para Entender a Gestão do SUS, v.6, parte 2). Disponível em: <<http://bVISAs.saude.gov.br/bVISA/publ.6.pdf>> Acesso em: 10 abr. 2012

BRASIL. **Organograma do Ministério da Saúde**. Disponível em <
<http://portal.saude.gov.br/portal/.cfm?idtxt=15442&janela=1>> Acesso em: 7 ago. 2011c

BRASIL. Secretaria de assuntos estratégicos da presidência da república **Comunicado IPEA n. 64**, PNAD 2009: Primeiras análises: tendências demográficas. Brasília-DF, 13 out. 2010 – Disponível em: <
http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/comunicado/101013_comunicadoipea64.pdf> Acesso em: 15 jan.2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 3252, de 22 de dezembro de 2009. Aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de vigilância em saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, 23 dez. 2009. Disponível em: <
http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria3252_da_vigilancia_em_saude_0501_atual.pdf > Acesso em: 20 abr.2012.

BRASIL, Agência Nacional de Vigilância Sanitária - **Almanaque de vigilância sanitária**. Brasília-DF: ANVISA, out. 2007a.

BRASIL, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. ANVISA – Portaria 1.052 de 08 de maio de 2007. Aprova e divulga o Plano Diretor de Vigilância Sanitária. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, 9 mai. 2007b. Disponível em:<
<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/pdvisa/apresentacao.htm>> Acesso em: 10 abr.2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria 2437/GM**, de 7 de dezembro de 2005. Dispõe sobre a ampliação e o fortalecimento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – RENAST- no Sistema Único de Saúde - SUS, Brasília -DF: Ministério da Saúde, 2005 a.

BRASIL, Ministério da Saúde, Ministério do Trabalho e do Emprego, Ministério da Previdência e da Assistência Social. **3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador: 3º CNST: “Trabalhar, sim! Adoecer, não!”**: coletânea de textos, Brasília-DF, 2005 b.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde do (a) Trabalhador (a)**. Brasília, DF. Jan. 2004. Disponível em: <
http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/proposta_pnst_st_2009.pdf> Acesso em: 30 jul. 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 1679, de 19 de setembro de 2002. Dispõem sobre a estruturação da rede nacional de atenção integral à saúde do trabalhador no SUS e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF. 20 set. 2002. Disponível em: <
<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-1679.htm> > Acesso em: 15 set. 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. Divisão de Saúde do Trabalhador. In: Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, 2, 2001, Brasília-DF. **Anais eletrônicos da 2ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador**. Brasília-DF, Ministério da Saúde, 2001a. Disponível em: <
<http://www.opas.org.br/saudedotrabalhador/Arquivos/Sala203.pdf>>. Acesso em: 11 set.2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Doenças relacionadas ao trabalho**: manual de procedimentos para serviços de saúde. Brasília, DF: OPAS/OPAS/OMS, 2001b, 580 p.Disponível em:<

http://bVISAms.saude.gov.br/bVISA/publicacoes/doencas_relacionadas_trabalho1.pdf>
Acesso em: 29 mai. 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. O Brasil falando como quer ser tratado: efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social: relatório final. Conferência Nacional de Saúde, 11., 2001b, Brasília. **Anais...Brasília - DF**, Ministério da Saúde, 2001c.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 3.120, de 1º de julho de 1998. Aprova a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS, na forma do anexo a esta Portaria, com a finalidade de definir procedimentos básicos para o desenvolvimento das ações correspondentes. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2 Jul. 1998.

BRASIL. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília – DF, 31 dez. 1990a.

BRASIL. Congresso Nacional. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõem sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 20 set. 1990b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm > Acesso em: 20 mai. 2011.

BRASIL. Congresso Nacional. Constituição Federal do Brasil de 5 de outubro de 1988. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 5 out. 1988. Disponível em: < http://www2.camara.gov.br/atividade-legislativa/legislacao/Constituicoes_Brasileiras/constituicao1988.html/constituicaotextoatualizado_ec69.pdf > Acesso em: 25 mai. 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. **8ª Conferência Nacional de Saúde**. MS: Brasília – DF, 1986.

BRONFENBRENNER, U. **Bioecologia do desenvolvimento humano: tornando os seres humanos mais humanos**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

_____. **A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados**. Tradução: Maria Adriana Veríssimo Veronese. 2.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2002.

CAMPOS, G.W.S. **Vigilância sanitária: responsabilidade pública na proteção e promoção da saúde**. Disponível em: < http://www.anvisa.gov.br/divulga/conavisa/cadernos/eixo1_texto01.pdf > Acesso em: 20 abr. 2012.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009. Disponível em: < http://www.4shared.com/office/EveQUYSJ/Georges_Canguilhem_-_O_Normal_.html > Acesso em: 12 mar. 2012.

CATTANI, A.D.; RIBEIRO, J.A.R. Formação Profissional. In: CATTANI, A.D.; HOLZMANN, L. (Org.) **Dicionário de trabalho e tecnologia**. 2.ed. rev. Ampl. Porto Alegre: Zouk, 2011.

CHIENÉ, A. A narrativa de formação e a formação de formadores. In: NÓVOA, A; FINGER, M. (Org.) **O método (auto) biográfico e a formação**. São Paulo: Paulus, 2010.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.C.M. O quadrilátero da formação para a área de saúde: ensino, gestão e controle social. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, n.4, v.1, 2004.

CIME – Comissão Interministerial para o emprego. **Terminologia de formação profissional: alguns conceitos de base**. Lisboa: CIME, 2001. Disponível em: <http://www.dgert.mtss.gov.pt/Emprego%20e%20Formacao%20Profissional/terminologia/doc_terminologia/CIME%20-%20Terminologia.pdf> Acesso em: 4 fev. 2013.

COHN, A. Cidadania e formas de responsabilização do Poder público e do setor privado pelo acesso, equidade, qualidade e humanização na atenção à saúde. **Cadernos da 11ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

COPETTI, F; KREBS, R.J. As propriedades da pessoa na perspectiva do paradigma bioecológico. In: KOLLER, S. H. (org.) **Ecologia do desenvolvimento humano: pesquisa e intervenção no Brasil**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

CORREA, A. C. **Gestão do risco sanitário no Brasil e a responsabilidade da agência nacional de vigilância sanitária**. 2009. 145 f. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Sustentável) Universidade de Brasília – Brasília – DF, 2009.

COSTA, E.A. O trabalho de vigilância sanitária e a construção de uma nova vigilância sanitária: fiscal ou profissional de saúde? In: COSTA, E.A. (Org.) **Vigilância Sanitária: desvendando o enigma**. Salvador-Ba: EDUFBA, 2008.

COSTA, E.A. FERNANDES, T.M. PIMENTA, T.S. A vigilância sanitária nas políticas de saúde no Brasil e a construção da identidade de seus trabalhadores (1976/1999). **Ciência e Saúde Coletiva**. v.13, n.3, p.995-1004, mai./jun. 2008.

_____. Vigilância Sanitária, saúde e cidadania. In: CAMPOS, F.E.; WERNECK, G.A.F.; TONON, L.M. (Org.) **Vigilância sanitária**, Caderno de Saúde n.4. Belo Horizonte: Coopmed, 2001a.

_____. Políticas de vigilância sanitária: balanço e perspectivas. **I Conferência Nacional de Vigilância Sanitária**. Brasília-DF, 30 nov.2001b.

_____. **O Trabalhador de vigilância sanitária e a construção de uma nova vigilância sanitária: profissional de saúde ou fiscal**. Brasília-DF: ANVISA, 2001c.

COSTA, E. A.; ROZENFELD, S. Constituição da Vigilância sanitária no Brasil. In: ROZENFELD, S. (Org.) **Fundamentos da vigilância sanitária**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000.

COSTA, E. A.; SOUTO, A. C. Formação de recursos humanos para a vigilância sanitária. **Divulgação em Saúde para Debate**. Rio de Janeiro, n. 25, p. 91-107, nov.2001.

DALL'AGNOL. C; TRENCH, M.H. Grupos focais como estratégia metodológica em pesquisas na enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, v.20, n.1, p.5-25, jan. 1999.

DE ANTONI, C. **Vulnerabilidade e resiliência familiar na visão de adolescentes maltratadas**. 2000.179 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2000. Disponível em: <
<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/2116/000269011.pdf?sequence=1>> Acesso em: 03 fev. 2012.

DELUIZ, N. **O modelo das competências profissionais no mundo do trabalho e na educação**: implicações para o currículo. Disponível em: <
<http://www.senac.br/BTS/273/boltec273b.htm>> Acesso em: 15 fev 2013.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. 5.ed. ampliada, São Paulo: Cortez-Oboré, 1992.

_____. Por um novo conceito de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, [S.I.] n.14, p.7-11, 1986.

DE SETA, M.H. A vigilância sanitária e o pacto 2006: qual futuro? In: DE SETA, M. H.; PEPE, V.L.E.; OLIVEIRA, G.O. (Orgs.) **Gestão e vigilância sanitária**: modos atuais do pensar e fazer. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

DE SETA, M. H.; PEPE, V.L.E.; OLIVEIRA, G.O. (Orgs.) **Gestão e vigilância sanitária**: modos atuais do pensar e fazer. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

DE SETA, M.H.; SILVA, J.A.A. A gestão da vigilância sanitária. In: DE SETA, M.H.; PEPE, V.L.E.; OLIVEIRA, G.O. (Orgs.) **Gestão e vigilância sanitária**: modos atuais do pensar e fazer. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

DESSEN, M.A. COSTA JÚNIOR, A.L. **A ciência do desenvolvimento humano**: tendências atuais e perspectivas futuras. Porto Alegre: Artmed, 2005.

DIAS, E.C. et al. Construção do Renast em Minas Gerais: a contribuição dos centros de referência em saúde do trabalhador (CEREST), 2002/2007. **Rev. Méd. Minas Gerais**, v.20, n.2, sup.2, abr/jun. 2010. Disponível em:<
<http://rmmg.medicina.ufmg.br/index.php/rmmg/article/view/261/244>> Acesso em: 5 jan. 2012

_____.O manejo dos agravos à saúde relacionados com o trabalho. In: MENDES, R. **Patologia do trabalho**.São Paulo: Atheneu, 1995.

_____. **A atenção à Saúde dos Trabalhadores no setor saúde (SUS), no Brasil**: realidade, fantasia ou utopia? 1994.335 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Campinas-SP, 1994.

DUARTE, A.J.C. TEIXEIRA, M.O. Trabalho e educação na saúde: um olhar na vigilância sanitária. In: **VII Enpec – Encontro Nacional de Pesquisa em Educação em Ciências**: Florianópolis, 8 nov. 2009.Disponível em:<
<http://www.foco.fae.ufmg.br/viiienpec/index.php/enpec/viiienpec/paper/viewFile/1157/358>> Acesso em: 19 set. 2011.

EDUARDO, M.B. P; MIRANDA, I.C.S. (Colab.), **Vigilância Sanitária**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. (Série Saúde & Cidadania, n.8).

FACCHINI, L.A. Vigilância em saúde do trabalhador: uma aproximação prática. **Boletim da saúde**, Porto Alegre, v.1, n.20,2006.

FAZENDA, I.C.A. **Dicionário em construção**: interdisciplinaridade. 2.ed.São Paulo: Cortez,2002.

FERRETTI, C.J. Considerações sobre a apropriação das noções de qualificação profissional pelos estudos a respeito das relações entre trabalho e educação. **Educ. Soc.** , Campinas-SP, v.25, n.87, p.401- 422, mai./ago. 2004. Disponível em: < <http://www.cedes.unicamp.br>> Acesso em: 10 out. 2012.

FLEURY, S. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Ciência e Saúde Coletiva**. V.14, n.3, Rio de Janeiro, mai./jun. 2009.

FRANCO, A.L. S; BASTOS, A.C.S. Um olhar sobre o programa saúde da família: a perspectiva ecológica na psicologia do desenvolvimento segundo Bronfrenbrenner e o modelo da vigilância da saúde. **Psicologia em Estudo**: Maringá, v.7, n.2, p.65-72, jul./dez.2002.

FREITAS, M.B.; FREITAS, C.M. A vigilância da qualidade da água para consumo humano: desafios e perspectivas para o sistema único de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, [S.I],v.10,n.4,p. 933-1004, out./dez., 2005.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 39. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2004.

_____. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários á prática educativa. 24 ed. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

_____. **Educação como prática da liberdade**. 11. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1980.

FRIAS JÚNIOR, C.A.S. **A saúde do trabalhador no maranhão**: diagnósticos e propostas. Rio de Janeiro, 1999. Disponível em< <http://portalteses.icict.fiocruz.br/pdf/FIOCRUZ/1999/friasjrcasm/capa.pdf>> Acesso em: 15 mai. 2011.

FRIGOTTO. G. Educação e trabalho: bases para debater a educação profissional emancipadora, **Perspectiva**, Florianópolis-SC, v.19, n.1, p.71-87, jan./jun.2001.

GATTI, B. A. **Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas**. Brasília, DF: Líber Livro, 2005.

GARCIA, D.S.C. **Representações sociais sobre vigilância sanitária entre trabalhadores da Anvisa**: um estudo na coordenação de vigilância sanitária de portos, aeroportos, fronteiras e recintos alfândegados no Rio Grande do Sul. 2007, 108 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: UFRS, 2007.

GARIBOTTI, V. HENNINGTON, E.A.; SELLI, L. A contribuição dos trabalhadores na consolidação dos serviços municipais de vigilância sanitária. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, mai. 2006.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4.ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GOHN, M.G. Educação não-formal, participação da sociedade civil e estruturas colegiadas nas escolas. **Ensaio: Aval Pol. Público Educ.**, Rio de Janeiro, v.14, n.50, jan./mar. 2006.

GOMES, K.O. et al. O agente comunitário de saúde e a consolidação do sistema único de saúde: reflexões contemporâneas. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**. v.20, n.4, Rio de Janeiro, dez. 2010.

GOMES, M. E. S.; BARBOSA, E.F. A técnica de grupos focais para a obtenção de dados qualitativos. **Instituto de Pesquisa e Inovações Educacionais – Educativa**. Fev. 1999. Disponível em: < http://www.tecnologiadeobjetos.com.br/banco_objetos/%7B9FEA090E-98E9-49D2-A638-6D3922787D19%7D_Tecnica%20de%20Grupos%20Focais%20pdf.pdf > Acesso em: 12 jun. 2011.

GUAZZELLI, M. E. Refletindo sobre o trabalho na contemporaneidade. **Saúde Coletiva**. v.41, n.7, 2010.

GUILAM, M.C.R.; CASTIEL, L.D. Risco e saúde. In: DE SETA, M.H.; PEPE, V.L.E.; OLIVEIRA, G.O. (Orgs.) **Gestão e vigilância sanitária: modos atuais do pensar e fazer**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

HAU, L. C.; NASCIMENTO, L. F. C. e TOMAZINI, J. E. Geoprocessamento para identificar padrões do perfil de nascimentos na região do Vale do Paraíba. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** [online]. v.31, n.4, p. 171-176, 2009.

HOBBSAWM, E. **Era dos extremos: o breve século xx: 1914-1991**. São Paulo: Cia. as Letras, 1995.

KOLLER, S. H. (org.) **Ecologia do desenvolvimento humano: pesquisa e intervenção no Brasil**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

LACAZ, F.A.C. Saúde dos trabalhadores: cenários e desafios. **Cad. Saúde Públ.** Rio de Janeiro, n.13, sup. 2, p.7-19, 1997.

_____. **Saúde do trabalhador: um estudo sobre as formações discursivas da academia, dos serviços e do movimento sindical**. 1996. 456f. Tese (Doutorado em Medicina) Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP, Campinas, 1996.

_____. Reforma sanitária e saúde do trabalhador. **Saúde e Sociedade**. [S.I], v.3, n.1, p.41-59, 1994.

_____. **Saúde no trabalho**. Dissertação (Mestrado da Faculdade de Medicina)-Universidade de São Paulo, São Paulo, 1983.

LACAZ, F.A.C.; FLÓRIO, S.M.R. Controle social, mundo do trabalho e as conferências nacionais de saúde da virada do século XX. **Ciência & Sociedade Coletiva**. v.14, n.6, 2009.

LACAZ, F.A.C. ; MINAYO – GOMEZ;C. Saúde do trabalhador: novas – velhas questões. In: BRASIL, Ministério da Saúde, Ministério do Trabalho e do Emprego, Ministério da Previdência e da Assistência Social. **3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador: 3º CNST: “Trabalhar, sim! Adoecer, não!”: coletânea de textos**, Brasília-DF, 2005 b.

LAKATOS, E.M.; MARCONI, M.A. **Fundamentos de metodologia científica**. 4.ed.São Paulo: Atla, 2001.

LAURELL, A.C.; NORIEGA, M. **Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário**. São Paulo: Hucitec, 1989.

LIMA, L. D; BAPTISTA, T. W. F. Política e gestão da saúde no Brasil. In: DE SETA, M.H.; PEPE, V.L.E.; OLIVEIRA, G.O. (Orgs.) **Gestão e vigilância sanitária: modos atuais do pensar e fazer**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

LUCCKESE, G. **Globalização e regulação sanitária: rumos da vigilância sanitária no Brasil**. 2001.245 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública)- ENSP/FIOCRUZ, 2001

_____. A vigilância sanitária no sistema único de saúde. In: DE SETA, M.H.; PEPE, V.L.E.; OLIVEIRA, G.O. (Orgs.) **Gestão e vigilância sanitária: modos atuais do pensar e fazer**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

MACHADO, J.M.H. Perspectivas e pressupostos da vigilância em saúde do trabalhador no Brasil. In: MINAYO-GOMEZ, C.; MACHADO, J.M.H.; PENA, P.G.L. (Orgs) **Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011.

MAENO, M.; CARMO, J. C. **Saúde do trabalhador no SUS: aprender com o passado, trabalhar o presente, construir o futuro**. São Paulo: Hucitec, 2005.

MENDES, T.K.A.**O perfil de competências do trabalhador de nível técnico no campo das vigilâncias**. 2009. 107 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)- Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em:< http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/2418/1/ENSP_Disserta%c3%a7%c3%a3o_Mendes_T%c3%a2nia_K%c3%a1tia_de_Ara%c3%bajo.pdf> Acesso em: 20 jan. 2012.

MENDES, I.A.C. Desenvolvimento e saúde: a declaração de alma-ata e movimentos posteriores. **Rev Latino-am Enfermagem**. v.12, n.3. p. 447-8, mai.-jun.,2004.

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

MENEGUINI, V.C. **A regionalização da vigilância sanitária no Estado do Mato Grosso: coordenação federativa e do trabalho**. 2010. 146 f. Dissertação (Mestrado Profissionalizante em Saúde Pública) Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca: FIOCRUZ, 2010.

MERLO, A.R.C. O trabalho e a saúde mental no Brasil: caminhos para novos conhecimentos e novos instrumentos de intervenção. In: MINAYO-GOMEZ, C.; MACHADO, J.M.H.; PENA, P.G.L. (Orgs.) **Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

_____.(org). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis-RJ: Vozes, 2001.

- MINAYO-GOMEZ; C. THEDIM-COSTA; S.M.F. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. **Cadernos de Saúde pública**. Rio de Janeiro, v.13, sup. 2,p. 21-32,1997.
- MINAYO-GOMEZ; C., MACHADO; J.M.H., PENA; P.G.L. (Orgs) **Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011.
- MONKEN, M.; BATISTELA, C. **Vigilância em saúde** (Dicionário da educação profissional em saúde). FIOCRUZ. Disponível em: <
<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/vigsau.html>> Acesso em 10 nov. 2011.
- MORAIS, N. A., KOLLER, S. H. Abordagem ecológica do Desenvolvimento humano, psicologia positiva e resiliência: ênfase na saúde. . In: KOLLER, S. H. (org.) **Ecologia do desenvolvimento humano: pesquisa e intervenção no Brasil**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.
- MULLER, R.R.; BIANCHETTI, L.; JANTSCH, A.P. Interdisciplinaridade, pesquisa e formação de trabalhadores: as interações entre o mundo do trabalho e o da educação. **Educação, Sociedade e Culturas**. [S.I], n.27, 2008.
- NARDI, H.C. Saúde do trabalhador. In: CATTANI, A.D.; HOLZMANN, L. (Org.) **Dicionário de trabalho e tecnologia**. 2.ed. rev. Ampl. Porto Alegre: Zouk, 2011.
- NARVAZ, M. G.; KOLLER, S. H. O modelo bioecológico do desenvolvimento humano. In: KOLLER, S. H. (org.) **Ecologia do desenvolvimento humano: pesquisa e intervenção no Brasil**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.
- NEVES, J. L. Pesquisa qualitativa: características, usos e possibilidades. **Caderno de pesquisa em administração**, v. 1., n. 3., 1996.
- NOSELLA, P. Trabalho e educação. In: MINAYO - GOMES, C. et al. (Org.). **Trabalho e conhecimento: dilemas na educação do trabalhador**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1995, p. 27-41
- NUNES, P.R.S. **A formação do sujeito sentir-pensante em vigilância sanitária de portos, aeroportos, fronteiras e recintos alfandegados**. 2008.151 f. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre: UFRS, 2008. Disponível em: <
<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/15512/000683028.pdf?sequence=1>>
Acesso em: 01 mai. 2012.
- OLIVEIRA, A. M. C. **Vigilância sanitária, participação social e cidadania**. 2010. 198 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)- Universidade de São Paulo, São Paulo: USP, 2010. Disponível em:< <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-18012011-214140/en.php>> Acesso em: 7 abr. 2013.
- OLIVEIRA, C.F. **A residência multiprofissional em saúde como possibilidade de formação de profissionais para o sistema único de saúde**. 2009. 106 f. Dissertação de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul: PUCRS, 2009.
- OLIVEIRA, D.L. A “nova” saúde pública e a promoção da saúde via educação\; entre a tradição e a inovação. **Rev. Latino-americana Enfermagem**. n.13, a.3, p. 423 – 431,

mai./jun. 2005. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n3/v13n3a18.pdf>> Acesso em: 30 abr.2013.

OLIVEIRA, N. T. Somatização e sofrimento no trabalho. **Revista Virtual Textos & Contextos**. n. 2, a. 2, dez. 2003.

OLIVEIRA, R.M.R. **A abordagem das lesões por esforços repetitivos/distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho – Ler/Dort no centro de referência em saúde do trabalhador do Espírito Santo –CRT/ES**. 2001. 173 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Osvaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.

PASSOS, A.J.M.M. **Trabalho, doença e família: interfaces da vulnerabilidade do trabalhador**. 2005, 125 f.. Dissertação (Mestrado em Família na Sociedade Contemporânea) Universidade Católica do Salvador, Salvador-BA, 2005.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev. Saúde Pública**. V.35, n. 1. p.103-109, 2001. Disponível em:< www.fsp.usp.br/rsp> Acesso em: 28 jun. 2013.

PEPE, V.L. E, et al. A produção científica e grupos de pesquisa sobre vigilância sanitária no CNPq. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.15, sup 3, Nov. 2010.

POLETTO, M.; KOLLER, S.H. Contextos ecológicos: promotores de resiliência, fatores de risco e de proteção. **Estudos de Psicologia: Campinas-SP**, v.25, n.3. p.405-416, Jul. /set. 2008.

POLÔNIA, A.C.; ALVES, E.D. **Ações educativas em saúde: repensando paradigmas. Adolescentes pensando juntos – manual do facilitados**. Brasília – DF. SES/DF, 2003.

POLONIA, A. C.; DESSEN, M. A.; SILVA, N. L. P. In: ESSEN, M.A. COSTA JÚNIOR, A.L. **A ciência do desenvolvimento humano: tendências atuais e perspectivas futuras**. Porto Alegre: Artmed, 2005.

RAMOS, J.C.L. **Especialização em saúde do trabalhador no Brasil: estudo dos cursos realizados no período de 1986 a 2006**. 2008. 78 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2008.

RICHARDSON, R.J.et al. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 2.ed. São Paulo: Atlas, 1989.

SATO, L. As implicações do conhecimento prático para a vigilância em saúde do trabalhador. **Cad. Saúde Públ.** Rio de Janeiro, v.12, n.4, p. 489 – 495, out./dez. 1996.

SAVIANI, D. Trabalho e educação: fundamentos ontológicos e históricos. **Revista Brasileira de Educação**. v.12, n.34, já./abr. 2007.

SAUPE, R. et al. Competências dos profissionais de saúde para o trabalho interdisciplinar.**Interface- Comunic. Saúde, Educ.** v.9, n.18, p. 521 – 536, set./dez. 2005.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. **Organograma da Secretaria de Estado da Saúde**. Disponível em:<http://portal.saude.sp.gov.br/content/geral_estrutura_organograma.mmp> Acesso em: 13 jun. 2011a.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. **Organograma as Coordenadoria de Controle de Doenças**. Disponível em: < http://portal.saude.sp.gov.br/reso._nivel_central_ccd.jpg > acesso em: 13 jun. 2011b.

SÃO PAULO (Estado). Lei 10.083, de 23 de setembro de 1998. Dispõe sobre o Código Sanitário do Estado, **Diário Oficial do Estado**, São Paulo - SP, de 15 out. 1999.

SÃO PAULO (Estado). Decreto nº 30.517, de 2 de outubro de 1989. Altera a redação do artigo 5º do Decreto nº 29.355, de 14 de dezembro de 1988, acrescenta dispositivos ao Decreto nº 26.048, de 15 de outubro de 1986, e dá outras providências. **Diário Oficial do Estado**, Assembléia Legislativa, São Paulo - SP, 2 out. 1989.

SATO, L.; LACAZ, F.A.C.; BERNARDO, M.H. Psicologia e saúde do trabalhador: práticas e investigações na saúde pública de São Paulo. **Estud. Psicol.** Natal -RN, v.11, n. 3, Dez. 2006.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, n. 17, v.1, 2007.

SEGRE, M; FERRAZ, F.C. O conceito de saúde. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v.31 n.5, out. 1997.

SELIGMAN – SILVA, E. et al. Saúde do trabalhador no início do século XXI. **Rev. Bras. De Saúde Ocupacional**. São Paulo. v. 35, n. 122, p. 185-186, 2010.

SCHÖN, D. Formar professores como profissionais reflexivos. In: NÓVOA, A. (coord.), **Os professores e a sua formação**. 3. ed. Lisboa: Publicações Dom Quixote, 1997.

SILVA, N.A. **Processo formativo da escola técnica de saúde: um olhar sobre o processo de trabalho docente**. 2009. 105 f. Dissertação (Mestrado Profissionalizante em Saúde e Gestão do Trabalho), Universidade do Vale do Itajaí: UNIVALI, 2009. Disponível em:< http://www6.univali.br/tede/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=759> Acesso em: 3 abr. 2012.

SILVA, E.L. MENEZES, E.M. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**. 3.ed.rev. Florianópolis: Laboratório de Ensino a Distância da UFSC, 2001.

SIQUEIRA, J. C.M. Gestão em vigilância sanitária. In: CAMPOS, F.E.; WERNECK, G.A.F.; TONON, L.M. (Org.) **Vigilância sanitária**, Belo Horizonte: Coopmed, 2001. (Caderno de Saúde n.4).

SOMERA, E.A.S., JUNIOR, R.S.; RONDINA, J.M. Uma proposta da andragogia para a educação continuada na área da saúde. Arquivos de **Ciência da Saúde**. v.17, n.2, p.102-108, abr./jun.2010. Disponível em:< www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/.../IDO7_ABR_JUN_2010.pdf> Acesso em: 10 out. 2012.

SOUTO, A.C. et al. Formação de recursos humanos para a vigilância sanitária. In: Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. 4. 2000, Salvador. **Anais eletrônicos...** Salvador: Abrasco, 2000. Disponível em: < http://www.anvisa.gov.br/institucional/snvs/coprh/normas/oficina_rh.pdf> Acesso em: 30 abr. 2012.

SOUZA, D.R.P; SOUZA, M.B.B. Interdisciplinaridade: identificando concepções e limites para a sua prática em um serviço de saúde. **Rev. Eletr. Enf.** v.11, n.1, p. 117-123, 2009. Disponível em: < <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a15.htm>.> Acesso em: 28 jun. 2013.

SOUZA, G. S. **Trabalho em vigilância sanitária: o controle sanitário da produção de medicamentos no Brasil.** 2007, 218 f. Tese de Doutorado em Saúde Coletiva. Salvador-BA, UFB. 2007.

SOUZA, G. S; COSTA, E.A. Considerações teóricas e conceituais acerca do trabalho em vigilância sanitária, campo específico do trabalho em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva.** v. 15, sup. 3, 2010.

SOUZA, D.B.; DALL'AGNOL, C.M. Representações sociais sobre vigilância sanitária entre trabalhadores. **Rev. Latino – Am. Enfermagem.** v.16, n.3, p.452-457, 2008.

STAUDT, D.T. A interdisciplinaridade em atenção básica à saúde. **Boletim da Saúde.** Porto Alegre, v.22, n1, p. 75 – 84, jan./jun. 2008.

VASCONCELLOS, L.C.F.; MACHADO, J.M.H. Política nacional de saúde do trabalhador: ampliação do objeto em direção a uma política de estado. In: MINAYO-GOMEZ, C.; MACHADO, J.M.H.; PENA, P.G.L. (Orgs.) **Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011.

VASCONCELLOS, L.C.F. **Saúde, trabalho e desenvolvimento sustentável:** apontamentos para uma política de estado. 2007. 421 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública)- Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2007.

VASCONCELLOS, L.C.F.; OLIVEIRA, M.H.B. Direitos humanos e saúde no trabalho. In: BRASIL, **Saúde e Direitos Humanos/** Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. a.4, n.4, 2007, Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

VASCONCELLOS, L.C.F.; PIGNATI, W. A. Medicina do trabalho: subciência ou subserviência? Uma abordagem epistemológica. **Ciência e Saúde Coletiva.** v. 11, n.4, p. 1105-1115, 2006.

VÍCTORA, C.G. KNAUTH, D.R. HASSEN, M.N.A. **Pesquisa qualitativa em saúde:** uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

APENDICE A – Características da amostra

Por favor, marque com um X a alternativa que melhor se aplica a você:

1- Gênero: () Feminino () Masculino () Não registrado

2- Idade: _____ anos

3- Escolaridade:

- () Ensino fundamental incompleto
- () Ensino fundamental completo
- () Ensino médio incompleto
- () Ensino médio completo
- () Superior incompleto
- () Superior completo – Curso: _____
- () Pós-graduação

4- Área de formação acadêmica:

- () Saúde
- () Exatas
- () Humanas
- () Outra: _____

5- Órgão público/esfera em que está lotado:

- () Vigilância Sanitária Municipal
- () Vigilância Sanitária Estadual
- () Cerest

6- Tempo disponibilizado para trabalhar por semana na Vigilância Sanitária:

- () até 3 horas
- () entre 3 e 5 horas
- () entre 5 e 10 horas
- () entre 10 e 20 horas
- () entre 20 e 30 horas
- () entre 30 e 40 horas

7- Área de atuação na Vigilância Sanitária? _____

8- Função que exerce na Vigilância Sanitária? _____

Muito obrigada pela colaboração!

APÊNDICE B – Diretrizes do Grupo Focal

1. Introdução (aproximadamente 10 minutos)

O Moderador apresenta a técnica os objetivos da discussão. Os participantes apresentam-se.

2. Técnica de aquecimento (aproximadamente 10 minutos)

Para iniciar a discussão e a relação entre o grupo o moderador inicia com a frase: “Minha atuação na Vigilância Sanitária é....”

3. Discussão Profunda (60 – 90 minutos)

O moderador faz perguntas relacionadas aos temas a serem investigados incentivando a discussão que revele os pensamentos e opiniões dos participantes. É nesta etapa que a informação mais importante é recolhida.

Temas de investigação:

- Como é seu trabalho na Vigilância Sanitária?
- Como sua formação profissional favorece sua prática de trabalho na VISA?
- O que significa para você saúde do trabalhador?
- Qual é sua visão sobre saúde, doença e trabalho?
- Se tivesse que apresentar uma proposta de melhoria da sua prática em relação à saúde do trabalhador, o que diria?

4. Conclusão (aproximadamente 10 minutos)

O moderador resume a informação ou conclusões discutidas e os participantes esclarecem ou confirmam a informação. O moderador responde a qualquer pergunta, agradece aos participantes e indica os próximos passos.

APÊNDICE C - Transcrição de um Grupo Focal

DATA: 27/03/2012

DURAÇÃO: 01:01:26

MODERADOR:- *Bom dia a todos. Fiquem tranquilos que este grupo vai durar no máximo, 50 minutos. Trata-se de um debate, em que vamos conversar sobre um assunto enquanto estamos aqui. Como a finalidade desse debate é a pesquisa, A_____ irá gravar todo nosso debate, e obviamente, constará nome de todos ao se apresentarem, mas unicamente para efeito de na hora da transcrição dos dados ela saber de quem são as falas, porque em uma pesquisa os nomes de vocês devem ser omitidos de qualquer material derivado dela. Podem ficar tranquilos em relação ao sigilo, ok? Ela vai distribuir primeiro um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ao qual vocês tomarão ciência do objetivo desta pesquisa e desde que consentam participar, devem assiná-lo, podendo retirar também a participação a qualquer momento, certo? Agora vou pedir que inicialmente se apresentem, para efeito de conhecermos um pouquinho a função de cada um e a atuação, qual a sua função na vigilância e o trabalho que realiza, porque às vezes a função não é exatamente aquilo que você faz, no dia a dia. Além disso, em linhas gerais, também acrescentar a formação, porque a formação nem sempre é a mesma da função. Combinado? Então por favor, vamos começar?*

D1:- *Bom, eu sou Agente de Saneamento e faço na área de alimentos. Trabalho com indústria de gêneros alimentícios. Em outras cidades a gente faz comércio, porque a gente ajuda todas as cidades não é? Treino as vigilâncias e faço comércio também.*

D7:- *Pró-água.*

D1:- *Pró água, claro. [risos]*

MODERADOR:- *A Senhora já está aqui há muito tempo dona S_____?*

D1:- *Vinte e oito anos.*

MODERADOR:- *Vinte e oito anos!*

D1:- *[risos] Exatamente, sempre no alimento e pró-água só.*

MODERADOR:- *Ok.*

D2:- *Meu nome é F_____, sou engenheiro civil e trabalho com aprovação de projetos, fiscalização em estabelecimentos de saúde e só isso. Na realidade isso já toma o tempo todo, não é?*

MODERADOR:- *Ok.*

D2:- *Basicamente é isso.*

MODERADOR:- *Obrigado.*

D3:- *Meu nome é M_____, sou engenheira sanitária, tenho 24 anos de Estado trabalhando dentro da vigilância sanitária. Já atuei em várias áreas da vigilância. Hoje, atualmente estou na área de aprovação de projetos mais serviços extras [risos]. Mas já atuei em área do pró-água. Já atuei em fiscalização também, acompanhando as inspeções com todos os outros profissionais.*

MODERADOR:- *Obrigada.*

D4:- *Bom dia, eu sou Y_____, eu sou contratada no Estado como administradora de emprego que é a minha primeira formação, mas eu também sou engenheira de alimentos e atuo na área de inspeção farmacêutica. Fui treinada para isso. Então, faço inspeção em indústria de saneantes, produtos de higiene, medicamentos, correlatos, farmácia e alguma outra demanda quando necessário. Ah, toxicovigilância também, Dengue e outras funções que têm a ver com a vigilância também. Estou nesta área acho que já faz 15 ou 16 anos.*

D5:- *Meu nome é D_____. Eu sou agente de saneamento. Tenho vinte e sete anos mais ou menos de vigilância sanitária e a minha formação agora é assistente social na área de serviço social e eu atuo na área de alimentos, já atuei muito. Depois, fui para a área de*

saúde, na fiscalização de farmácia de manipulação, drogarias, asilo e hoje faço parte do grupo de toxicovigilância regional e do grupo de Benzeno.

D6:- Meu nome é D____, sou médico veterinário, estou no Estado há vinte anos, sempre na vigilância sanitária trabalhando na área de alimentos, indústria, estabelecimentos comerciais. Já transitei por todas as áreas também, todos os programas que o Estado implanta. Também participo na elaboração de norma técnica junto a nossa chefia em São Paulo e na Anvisa também. Mas sempre na área de alimentos, que é minha área de formação. Vai desde o capô até o produto acabado, na gôndola do supermercado.

D7:- Meu nome é J__C__F____, sou engenheiro civil, acho que sou o mais antigo, tenho vinte e cinco anos com mestrado e doutorado em Ciências Ambientais e eu trabalho na parte de aprovação de projeto, não só de T____, como de toda nossa microrregião. Projeto geral, desde estabelecimentos industriais, comerciais na área de farmácia, drogarias, clínicas e algumas indústrias também na área de saúde, saneantes e na parte de projeto também algumas vistorias que a gente faz; e também sou responsável pelo Pró-água que é um programa de vigilância sanitária na qualidade da água para abastecimento público nos municípios. A gente faz uma fiscalização da água fornecida pela SABESP, pelos serviços municipais e também nas áreas de vigilância sanitária.

MODERADOR:- Ok, obrigado. Eu fico muito satisfeita em perceber que temos aqui um grupo muito diversificado, de diferentes áreas, mas, provavelmente todos se complementam e são importantes no seu trabalho aqui. Neste sentido eu queria começar este debate com todos perguntando exatamente como pensam que a própria formação e suas experiências ao longo dos anos aqui, favorece fazer o que fazem no dia a dia. Como é que a sua formação facilita, será que ela facilita? Ela tem exatamente a ver com o que vocês fazem no dia a dia? Vocês foram preparados para fazerem aquilo que fazem no dia a dia? Então abro a discussão com essa questão da formação.

D7:- Na área de engenharia civil, ela comanda. [barulho de carro na rua]
A formação foi fundamental. No começo inclusive tinha como pré-requisito a formação em engenharia, porque a gente faz análise de projeto que é o que mais se trabalha na faculdade e fiscalização também que facilita ter o projeto na mão para saber interpretar e poder entender o local de trabalho. E no meu caso especificamente com relação à qualidade da água que também é uma das especialidades da engenharia civil, que age como engenheiro sanitário também e que dá formação específica não só para o controle da qualidade, mas para todo o sistema de produção, captação e distribuição. O D____ falou até a gôndola e eu falo até a torneira de casa, não é? Desde o rio até a torneira de casa, todo o processo e então, a formação acho que é inerente e não tem como não ser.

MODERADOR:- E desde o início?

D7:- Desde sempre. O concurso que fiz foi para engenheiro civil e...

D2:- Arquiteto.

D7:- E arquiteto. O concurso era para engenheiro e arquiteto e o trabalho sanitário. Assim, bem dentro da área.

D2:- Dentro da área.

D7: No caso, o nosso especificamente.

D3:- Você entrou como engenheiro civil, não é?

D7:- Exatamente.

D2:- É a mesma coisa. Existiu um treinamento logo que entrei que foi em 88, mas de alguns anos para cá, não teve... O treinamento dado pelo Estado não existiu mais e a gente acaba...

D7:- Já teve muito, mas hoje...

D2:- Hoje...

D7:- Sempre na área de...

D2:- Na área de aprovação de projeto, análise, não é? Mas a formação é, realmente, foi fundamental dentro da área realmente que a gente...

MODERADOR:- Vocês estão dizendo que bom que vieram com esta formação, porque se dependesse da capacitação em si no contexto do trabalho isso de algum tempo para cá não existiu.

D2:- Não existe, pelo menos na minha área muito pouca coisa, muito pouca coisa. Teve mais, teve mais. [murmúrios]

D7:- No tempo de ERSA, lá tinha bastante.

MODERADOR:- É.

D2:- A gente não tem muito não.

D3:- Nunca é 100% , não é? Em termos de Estado você tem que pensar o seguinte, que você é formado na área, nós três somos formados na área de exatas com experiência em análise de projetos e tudo mais, mas o Estado em termos de vigilância sanitária requer muito mais do que isso. Requer que você tenha conhecimento em outras áreas inclusive áreas de processo (processual). Você teria que ter conhecimento de autuação, algumas coisas que até necessitaria a equipe, a nosso ver sempre, de um advogado presente para estar auxiliando nestas questões porque, como a gente trabalha com poder de polícia, requer muito para o trabalho outros conhecimentos que não foi adquirida durante a formação e o Estado, ele vem ao longo do tempo dando treinamento, mas é muito paulatinamente e aos poucos nesses vinte e quatro anos você pode enumerar muitas vezes quantos treinamentos nós fomos convocados a ir a São Paulo para novas legislações. Para o conhecimento de novas legislações. Porque a vigilância sanitária, ela é aquela coisa que está todo dia, todo momento se atualizando muito rápido comparado com nosso início de atividade. Nos dias de hoje são muitas legislações. Muitos códigos de posturas, de edificações, foram alterados e na nossa formação não foi verificado isso. Então, a gente tem que estar aprendendo diariamente todo esse conhecimento para fazer o trabalho realmente.

MODERADOR:- Interessante! Você citou aí a questão do poder de polícia. Sempre me chamou a atenção especialmente esse termo pelo qual muitas vezes lá fora a vigilância é conhecida. Poder de polícia, e aí você fala que seria interessante ter um advogado, mas vocês não têm um advogado?

D3:- Aqui nunca tivemos.

D7:- Deveria.

MODERADOR:- Deveria ter?

D7:- Temos um advogado do diabo! [murmúrios] [risos] [conversa paralela]

D7:- Há, mas nós temos sim. Nós temos o D___ que na verdade acabou se especializando nessa parte administrativa, auto de infração, ele, por necessidade acabou estudando.

D6:- Eu acabei tendo que estudar.

MODERADOR:- Você teve que fazer uma formação paralela aí ou o Estado por acaso ajudou nisso?

D6:- É eu fiz saúde pública.

D3:- Autodidata!

D6:- Dentro da saúde pública tem uma pequena cadeira de direito sanitária, mas, existe curso de direito sanitário na faculdade de saúde pública, só que eu não cheguei a fazer esse curso. Tive que aprender no tapa mesmo, com a necessidade mesmo.

MODERADOR:- Na prática mesmo!

D6:- Eu sempre falo quando dou treinamento sobre essa área. Acho que sou o único veterinário que tem seis livros de direito administrativo. Seis, todos, os mais importantes!

MODERADOR:- Que coisa interessante? Muito bom não é?

D6:- Porque, a essência do trabalho na vigilância sanitária não é só uma questão técnica. A conceituação de multiprofissionais reunidos, tudo bem! A vigilância sanitária precisa de

engenheiros, enfermeiros, veterinários, de todos, mas a questão é administrativa, não é? A questão legal é evidente que poderíamos ter acessória de um advogado.

D7:- Até um auto de infração pode ser derrubado simplesmente por estar mal redigido.

D6:- É a coluna vertebral da atuação legal da vigilância sanitária. Isso aí não foi fornecido treinamento. Depois eu tive uma espécie de treinamento. Hoje eu dou o treinamento, é claro, com carência total.

MODERADOR:- É isso ou nada!

D6:- Ou você se apropria desse saber ou você vai ter problemas pessoais inclusive por causa de mau procedimento, procedimento fora da lei que torna o seu ato e pode vir a responder por isso. Mas este conceito de multiprofissionalidade junto aos profissionais da vigilância sanitária é a essência da vigilância sanitária. Não há como trabalhar sozinho na vigilância sanitária, por que a área é muito ampla não é? Serviços de saúde, produtos incluindo de alimentos e medicamentos... Serviços de saúde, todos prestadores, saúde do trabalhador nas questões que envolvem diretamente a vigilância sanitária, são estas quatro grandes áreas. Vigilância sanitária é muito ampla.

MODERADOR:- O objeto de trabalho é muito amplo e aí você fala da multiprofissionalidade, mas, não basta só, pelo que você está me dizendo, ser uma equipe de muitos profissionais de formação variada, é isso? Precisa também neste momento, de você exercer esse saber de outras áreas? Que transite por outros conhecimentos não é?

D6:- Ele é que conduz a ação, que torna a parte legal, nós somos uma repartição pública, serviço público. Temos que nos ater o que a legislação, a norma técnica diz.

D7:- Quando nós precisamos de advogado o Estado disponibiliza a Procuradoria Jurídica. O procurador representa o governo, o executivo, mas, a gente tem outra estrutura não é? A Secretaria de Saúde, a Procuradoria do Estado, é uma outra estrutura, às vezes eles estão acostumados com outras áreas, às experiências deles são com outros advogados. Com a especialidade pública, não diria especialidade, com o entendimento na área de vigilância sanitária, então, na verdade, mais é os técnicos tem que ficar orientando os procuradores, fica muito mais difícil, é muito mais rápido se a gente tivesse um advogado na equipe. Quer dizer, é previsto por lei.

D6:- É no Estado de São Paulo a procuradoria está muito distante da vigilância sanitária, muito distante. E quanto mais distante, mais vamos ter um olhar crítico, distanciado. Em outros estados é diferente. Em outros estados têm equipe de advogados mesmo, procuradores próximos da vigilância sanitária. Lá. Quando você lavra um auto, imediatamente chega à defesa e já vai para eles.

D7:- Igual você tem na área de ambiental, na área de família.

D6:- Nos estados tem esta outra estrutura montada. Em Minas tem, em Goiás tem.

D3:- O Estado aprendeu a olhar, durante um longo período, a necessidade de estar trabalhando com equipe multiprofissional. Se você for ver a história destes vinte e quatro anos que eu tenho de conhecimento, antigamente, quem fazia análise de projetos na área era sempre o engenheiro, sozinho. Houve uma legislação que alterou isso e criou certa obrigatoriedade muito interessante de que o trabalho em equipe é necessário que é o Laudo Técnico de Avaliação. Hoje em dia, nenhum projeto sai da vigilância sanitária, com visto da vigilância sanitária se não tiver assinado por vários profissionais, que é o engenheiro e o outro profissional de conhecimento da área. Então, requer isso.

D7:- Na farmácia. Engenheiro e farmacêutico.

D3:- Porque, uma análise não pode ser única em função de um único item, você tem que ver toda uma questão além de estrutural, ver uma questão de fluxo.

D4:- E a mesma coisa durante a inspeção. Eu sempre comento com o estagiário que entre a gente já é tão presente que a gente acaba nem comentando mais toda vez que a gente faz uma inspeção, analisa o projeto, a gente acaba focando em todas as áreas de conhecimento da

vigilância sanitária. Está fazendo uma inspeção na indústria de saneantes domissanitários. Eu estou vendo a questão do projeto junto a gente minimamente vê e as vezes a gente leva o engenheiro junto. Às vezes, já está com o projeto aprovado, já foi a primeira fase, é uma reinspeção, então, você olha minimamente se não foi alterado. Você lembra do ano anterior, se foi alterado. A gente olha. Você aprova o projeto. A gente olha para a área de produto, olha para a área de saúde do trabalhador, olha para a área de meio ambiente. Então, toda inspeção, ela é focada nas quatro grandes áreas da vigilância. Nunca é só... Eu vou só para ver o saneantes, a gente acaba vendo o todo. A inspeção contempla isso.

D7:- Isso acaba até...

MODERADOR:- Não dá para descolar dos outros.

D4:- Não dá! Não dá!

D7:- Isso acaba até esbarrando, com esse olhar assim multifocal, acaba esbarrando em outras atividades que não são da vigilância. A gente tem que parar na área ambiental, como por exemplo, você começa a parar em área da Cetesb, por exemplo, como a parte de produção de resíduos mais fora da indústria. E nós, trabalhamos mais dentro da indústria. Sempre a gente tem que parar por ali porque acaba interferindo também...

MODERADOR:- Faz interface com outras instituições!

D7:- É, faz interface. Agora, daqui para frente é a Secretaria do Meio Ambiente.

D2:- Bombeiro não é? Depende do caso.

D7:- É.

MODERADOR:- Mas cabe à Vigilância informar os conselhos, os outros órgãos, não é?

D7:- Sim! Sim! Sim!

D4:- Na verdade a própria legislação específica da área, as vezes ela tem um roteiro para já pautar uma inspeção por completo. Ela já pede os outros comprovantes que aquela empresa ou aquele serviço está regularizado com os outros órgãos.

MODERADOR:- Entendi.

D7:- E, também, o que a Y___ quis dizer é o seguinte. Se a gente identifica alguma coisa a gente comunica, como já aconteceu de nós comunicarmos a Cetesb e a Cetesb também comunicar a gente sobre a emissão de resíduos hospitalar. Não é tão assim dinâmico, tão comum, mas existe...

MODERADOR:- Você faz isso também dona D___?

D5:- Sim, mesmo na área de... Quando a gente vai a asilo, a gente percebe também, vê a parte da saúde do trabalhador no mesmo momento.

D3:- Então, mas a grande falha, desculpe te interromper D___ que volto a insistir, a grande falha da nossa estrutura é não proporcionar profissionais específicos na estrutura. Como a gente sente falta do advogado, também é importante ter a necessidade ou de um técnico de segurança do trabalho ou de um engenheiro de segurança do trabalho, porque não é simples. Existe legislação na área de farmácia que obriga que uma farmácia tenha que ser inspecionada por um farmacêutico. Isto é uma exigência de lei e o Estado também não pode descumprir, de certa forma também, uma análise de documentos da área de engenharia de segurança do trabalho tem que ser analisadas por profissionais capacitados e habilitados e não pessoas que tem apenas este conhecimento.

MODERADOR:- Está dizendo que é um pouco falho!

D4:- Na verdade, a gente tem recebido alguns treinamentos.

D3:- Mas receber treinamento não implica em... [murmúrios]

D7:- O engenheiro de segurança nosso aposentou.

D5:- A gente vai e trabalha por dois e depois a gente não tem competência oficial para poder agir.

D3:- Isso pode trazer problema jurídico. Você está entrando em uma área que você não tem habilitação para aquilo. [murmúrios]

D7:- *Porque nosso engenheiro de segurança tem um ano que aposentou não?*

D2:- *Dois.*

D7:- *Ele era engenheiro só dessa área, era engenheiro civil com especialização em segurança e ele atuava basicamente na área de saúde do trabalhador.*

D2:- *Veio da Secretaria do Trabalho.*

D7:- *A origem dele era a Secretaria do Trabalho. Quando extinguiu.*

D2:- *Veio para a Secretaria de Saúde.*

D7:- *Ai ele veio onde ficou o serviço dele ou no Cerest ou ele pediu para a vigilância sanitária. No caso ele veio para a vigilância sanitária.*

D5:- *Ele deu um treinamento na área de saúde do trabalhador para quem quisesse participar.*

D7:- *É ele deu.*

D5:- *Foi muito útil isso nas inspeções, mas é aquela coisa, a gente fica limitada.*

MODERADOR:- *E a medida que ele aposentou, ficou sem...*

D7:- *É, cada um por si,*

D4:- *Ele até costumava falar assim, como essa área de saúde do trabalhador o órgão principal responsável por isso é o Ministério do Trabalho, Secretaria do Trabalho! E dentro do nosso, acho que tem isso, é um trabalho complementar, tem uma parte ali, mas, o foco é o Ministério do Trabalho. Esse profissional até defendia, falava assim, a gente pede, tem um técnico ou um engenheiro de segurança fazendo o programa lá para determinada indústria ou hospital ou quer que seja, quer dizer, tem uma pessoa lá que é responsável. Tem uma responsável técnica por aquilo não é? É competente para fazer aquilo. O nosso trabalho seria no caso que eu entendi que ele instruiria a gente, falava assim, peça os programas, a gente analisa, enquanto ele estava aqui, ele ajudava a analisar com mais propriedade, agora a gente pega, olha, minimamente ele ensinou a gente a fazer uma revisão, mas, em geral a gente acaba nem atuando por falta de alguma coisa específica. A gente pede os programas, tem os programas, a gente olha minimamente, não está bem feito, olha “melhora este programa, esta atividade ai desse profissional, não é?” Vamos pensar de um... Alguém que trabalha na área de pesagem de uma indústria de produtos tóxicos. Há, não está contemplado ai no seu PPRA essa atividade, o EPI, o EPC para este funcionário, melhorou, é essa a nossa...*

MODERADOR:- *Precisa então de orientação?*

D4:- *É essa a nossa ação hoje não é? E quando a gente vê uma coisa crítica, a gente comunica o Ministério do Trabalho.*

MODERADOR:- *Entendi. E a senhora percebe também dona S____, que sua prática ao longo dos anos facilita fazer o que a senhora faz?*

D1:- *Bom, a prática só, porque o treinamento é aquele lá. O último quem deu foi você não é D_____?*

D7:- *Nossa Senhora, eu até acabei dando treinamento para o pessoal. É o último que você fez?*

D1:- *O último!*

D7:- *Nossa.*

D1:- *Depois daquele, só um de conservas não é? Só de conservas. Inclusive uma vez a gente mandou uma embalagem errada para São Paulo e São Paulo mandou dizer que a gente tinha sido treinada para embalagem. O que! Aonde? [risos] Nunca. Tudo que muda tem que aprender sozinho. Agora tem que estudar a legislação.*

D2:- *Ainda bem que tem a internet não é?*

D1:- *É, internet. Vamos lá no Google. A gente aprende sozinho agora. Muda a legislação todo dia, muda o modo de trabalho, a gente estuda sozinho porque São Paulo não dá mais treinamento para nós. Ele dá para o município. Ele vive dando para o município, para a*

gente não. Então, tudo que nós estamos fazendo está aprendendo no dia a dia. Há um detalhe, a gente aprende e ainda ensina os outros.[risos]

D7:- É, tem que passar para os municípios não é? É o caso que aconteceu a semana passada...

D1:- É a gente ainda passa.

D7:- Alterou a legislação da qualidade da água, o CVS não nos treinou e pediu para repassar aos municípios [risos], tudo bem que não era nada, nenhum mistério, mas nós tivemos que repassar para os municípios.

D1:- E quando a gente entrou só fiscalizava não é? Mais um comércio, muito pouca indústria naquele tempo e agora, além da gente fiscalizar, a gente tem que ensinar o povo a montar processo, que ninguém sabe, cada dia muda de fiscal, você ensina ele a montar processo, a montar a portaria dele.

D7:- Ai muda o Prefeito...

D1:- Até a arquivar, ensinar tudo agora.

MODERADOR:- Então esta formação acaba ai?

D1:- Muda o Prefeito, muda tudo. A gente começa tudo de novo.

D7:- Quando está ficando quase bom, muda o Prefeito!

D1:- No ano que vem nós estamos treinando de novo, ensinando a montar processo, abrir livro, montar as caixinhas, não sei o que. Tudo! Tudo de novo! Mas aprendemos tudo no dia a dia mesmo. O D_____ deu um treinamento para nós de direito administrativo ai, de processo administrativo e tudo, mas foi só.

D4:- A própria estrutura, eu acho que ela tenta em função do número de profissionais, ela tenta treinar um coordenador de grupo e que seja repassado. É uma forma de treinamento não é?[murmúrio]

D1:- A sensação que eu tenho é que o governo está esperando todo mundo se aposentando, ele vai dar um jeitinho na vigilância sanitária, está tudo com o município.

D7:- Repassando!

D1:- Se ficar alguém para tomar conta é o diretor de algum lugar, que o município vai ter que responder para ele.

D7:- Para coordenar.

D1:- Essa é a tendência, entendeu?

MODERADOR:- Estão dizendo que isso é uma questão do estilo do Estado?.

D1:- É o estilo do Estado há muito tempo. Nós não temos mais a função nossa, nós estamos ai, mas, a gente não é mais reconhecida.

D6:- O Estado retira lentamente algumas funções.

D1:- Lentamente.

D6:- Algumas mais lentamente. Observam as que têm profissional já habilitado, alocam e em outros locais vão retirando lentamente. A Questão crucial mesmo são as questões administrativas se confundir com as questões técnicas. É muito ruim isso. A gente não tem expediente, o técnico tem que fazer a parte administrativa e técnicas entre outras. A gente vê muito nos municípios que as questões políticas estão diariamente na mesa. Faz! Não faz!

D7:- No Estado é distante.

D6:- Isto está distante, mas a questão administrativa se confunde muito com as questões técnicas. Uma atrapalha a outra. Anulam-se às vezes e a gente sente que o Estado está se retirando lentamente, ele...

D1:- A gente sente que a municipalização não é boa para a fiscalização. Várias cidades, não vão citar qual, o Prefeito já mandou recado que é para o fiscal ficar quietinho lá no lugar dele, não precisa fazer nada, para não mexer com ninguém, acredita? Mandou um recado não é? E o que eles podem fazer! Vão perder o emprego? Está doido [risos].

MODERADOR:- *Vocês abordaram mais de uma vez a atuação na área da saúde do trabalhador, como uma vertente mais recente na vigilância sanitária. Mas, o que é esta saúde do trabalhador para vocês que estão aqui dentro, mesmo os que não estão diretamente ligados a ela, ou diretamente todos estão? O que na prática significa essa saúde do trabalhador, qual o entendimento que vocês têm dessa saúde do trabalhador?*

[risos]

D2:- *Na verdade, a Secretaria do Trabalho ela já faz esse serviço, então, a gente acaba até complementando. Você chega num órgão, você viu que já teve uma fiscalização, você não vai fazer outra em cima. Até o próprio R___ já falava isso, só quando a gente vê algumas coisas que é mais gritante, que faz.*

MODERADOR:- *De que tipo assim F___?*

D2:- *Você chega, num órgão que já teve uma fiscalização feita pela Secretaria do Trabalho, a gente não pode fazer uma outra em cima daquela, muitas vezes até divergente por questões de interpretação de normas. O cara já pediu um rol de atividades para aquela empresa atender, você elege outra e às vezes entra em conflito com aquela que já existe lá, já foi feita para não confrontar, não entrar em conflito com a outra não é? Agora, quando não tem nada, aí sim à gente tem a atribuição legal também para fazer algumas exigências, alguma coisa dentro do...*

MODERADOR: *Vocês abordam muito a legislação, como a questão posta na saúde do trabalhador, mas como é que no dia a dia aqui enxergam esta saúde do trabalhador.*

D3:- *A saúde do trabalhador envolve muita coisa além de você ter condições de trabalho não é? Ele envolve também o psicológico do profissional em todos os termos, não é só um ambiente seguro, proporcionando condições de evitar acidentes, mas, também patrocinando soluções de melhoria também na questão emocional do trabalhador.*

MODERADOR:- *Então você acha que a vigilância sanitária se ocupa mais desta questão mais objetiva?*

D3:- *Mais objetiva, em todos os aspectos.*

MODERADOR:- *Certo. As condições de trabalho do ponto de vista...*

D3:- *Exatamente, nem com a gente mesmo. Olhando para o nosso umbigo, nós também sofremos ao longo desse tempo todo com condições, vamos dizer insalubres, além de falha no posto de trabalho, falhas também com o modo de tratar o profissional de vigilância sanitária. Isso acontece muito no Estado de você jogar uma informação e depois o funcionário não ter amparo legal, isso acarreta sofrimento, acarreta negatividade, acarreta desgaste, acarreta tudo isso.*

MODERADOR:- *E há também desmotivação?*

D3:- *Teve! Ao longo do tempo a gente sempre teve isso e inclusive com fechamento de mudanças na hierarquia do Estado inteiro. Nós tivemos e vivenciamos processos de diminuição dos grupos de vigilância sanitária que eram os ERSAs, depois virou grupo de vigilância sanitária. Da noite para o dia o profissional que trabalhava na vigilância sanitária, residia naquela cidade, aí ele foi jogado para um outro município, obrigado a trabalhar em outro município, sofrer toda aquela situação de viajar todos os dias, então, tem isso também. Nosso governo infelizmente não foca isso também, esta questão de saúde do trabalhador.*

MODERADOR:- *Você está dizendo também que vocês têm que lidar com a questão da saúde do trabalhador lá fora, mas aqui dentro tem muitas falhas?[tumulto - conversas paralelas]*

D3:- *Tem muitas falhas. Não é muito foco. [conversas paralelas][murmúrios]*

D7:- *Não.*

D1:- *Inclusive o prédio. Faça o que eu digo, mas não faça o que eu faço.*

D3:- *Exatamente isso.*

D1:- *É inclusive o prédio. Nossa Senhora!*

MODERADOR:- *Está falando das questões objetivas do dia a dia?*

D1:- *Nossa Senhora! A gente entra, leva um tropeção e vai parar lá não sei onde, com aqueles tacos todos soltos.*

D2:- *Ficamos dois anos sem limpeza no prédio.*

D4:- *Cinco!*

D2:- *Cinco?*

D4:- *Cinco anos!*

D2:- *Se não é a outra funcionária!*

D1:- *É a S_____ não é que trabalha com a gente!*

D2:- *S_____, que trabalha com a gente, disponibiliza...*

D1:- *A limpar.*

D2:- *A limpar. Nós estávamos em um verdadeiro, sei lá c, lixo, poeira. Não tirava o lixo do banheiro, não tem... Isto é uma situação de desespero não é? [conversas paralelas]*

D2:- *Até cinco anos nesta situação!*

MODERADOR:- *E como é que é viver este dilema?*

D5:- *Frustrante! A gente sai na rua a campo, faz certas autuações em outros lugares e quando eles entram, muitas vezes, aconteceu de você exigir uma iluminação adequada, proteção de lâmpada, quer ver um exemplo...*

D4:- *Limpeza!*

D5:- *Ele chega aqui, só um exemplo não é. Você marca uma reunião ali dentro, ele olha para cima e vê a lâmpada amarrada com arame, sem proteção nenhuma. Você tem que enfrentar este tipo de confronto e tentar ter jogo de cintura para poder sentar e explicar a situação entendeu? Quer dizer, eles não entendem, é claro, estão do lado de fora. A gente que está dentro já não consegue entender porque você está em uma área de saúde. Você está tão doente em termos de infra-estrutura, quanto mais quem está lá fora. [risos]*

D1:- *É, porque nós sempre estivemos em lugar bomzinho não é? Um dia nós fomos jogados neste quintal! [risos] Jogados aqui!*

D7:- *Temporariamente.*

D1:- *Temporariamente.*

D7:- *Só que este temporariamente já faz quanto tempo que estamos aqui?*

D1:- *Pois é, e inclusive nós fomos jogados aqui, fomos vigiados não é. Parecia que a gente estava de penetra. Era vigiado. A gente não podia ir para lá, sempre tinha alguém olhando. A roupa, as vezes alguém vinha com uma roupa assim não deixava entrar. Nossa, era uma coisa de louco, parecia cadeia mesmo ta?*

D5:- *O lugar fedia mofo, tinha muita gente passando muito mal. [murmúrio]*

D1:- *Era portão certo para entrar e portão certo para sair. Não podia mudar de portão não! Se não alguém já gritava “É lá”. Nossa, era uma coisa de louco isso aí.*

MODERADOR:- *Isso é sofrimento, então? [murmúrios]*

MODERADOR:- *Não dá prazer vir trabalhar aqui!*

D1:- *Agora já estão acostumados com a gente, mas antes era um sofrimento isso aqui. Eu sou meio rebelde não é. [risos]*

MODERADOR:- *É interessante que a D_____ colocou que é uma estrutura doente. Eu posso entender então, pelo que se coloca aqui, que a doença não pode ser vista por vocês da vigilância apenas como ausência de saúde e do ponto de vista biológico não é?*

D5:- *Não!*

MODERADOR:- *Ela está presente inclusive a nessas questões do ambiente? [murmúrios]*

D5:- *Vai influenciar na vida familiar e nas relações de trabalho também são influenciadas.*

D7:- *A definição moderna de saúde não é? Não é ausência de doença não é, é um completo bem estar físico, mental e social não é?[murmúrios]Esta é a definição de saúde.*

D7: *Segurança não é? Ter segurança está possibilidade mesmo até da visibilidade social, podemos dizer assim, a jogar a gente no quintal ali fora ficou parecendo que somos menos importantes.*

D1:- *Era um lixão ali. [murmúrios] [conversa paralela]*

D5:- *Você se apropria de uma coisa que não é sua, que na verdade, a estrutura na totalidade é estadual, não é uma estrutura separada.*

D1:- *Onde nós estávamos antes fomos despejados pela lei. Ele não pagou.*

D2:- *O aluguel!*

D1:- *O aluguel lá na Chiquinha de Mattos.*

D7:- *Não pagou o aluguel?*

D1:- *Não e nós fomos despejados. Eu nunca fui despejada por falta de pagamento? Que coisa feia?[risos]Fomos despejados olha!*

D7:- *Isso eu não sabia.*

D1:- *Você não sabia? [risos] Fomos despejados de lá e jogados aqui que nem um pauzinho. [risos]*

D4:- *Isso na verdade eu me lembro, foi na época do Covas, governador de São Paulo. Então, eu trabalhei um pouquinho na área administrativa, no final, na época e a ordem que veio quando mudou o governador foi que prédio para órgão do Estado vai ser desocupado e vocês achem um lugar para trabalhar em algum órgão público. [murmúrios]*

D4:- *Achem um lugar para trabalhar em algum órgão público que tenha uma área sobrando e que vocês possam ocupar aquela área e desenvolver o trabalho de vocês, então na verdade foi um trabalho de direção não é? De sair procurando, o órgão de não sei o que, você tem uma sala para a gente? Um espaço para que possa trabalhar?*

D7:- *Um espaço para a gente! Á partir do mês tal o governo do Estado não paga mais aluguel.*

D4:- *Mais aluguel não é? Arrume um lugar para trabalhar.*

D7:- *Ele até fez certo porque, como esse aqui não é? O DAEE, isso daqui antigamente, que é de Taubaté, isso aqui era um formigueiro de gente.*

D1:- *Nossa isso daqui era demais.*

D7:- *Uma estrutura enorme. DER- Departamento de Estrada e Rodagem.*

D1:- *Muito grande, conheci isso aqui quando morava aqui perto.*

D7:- *Era o maior departamento do Estado. O DER era um órgão nesta tendência e se extinguindo, hoje, todo o prédio aqui estava ocioso, então, aqui dentro tem agora, não é, o DAEE, veio a vigilância sanitária, veio a Secretaria de Meio Ambiente, Cetesb também está ai, DPRN...*

D2:- *Polícia ambiental.*

D7:- *Polícia ambiental e era tudo um órgão só, então, não critico o governador não.*

D4:- *De certa forma otimizou o Estado de São Paulo. [murmúrios]*

D7:- *Porque ninguém queria nos receber. Ninguém queria dividir tudo isso daqui, ai lá no DER, a administração do DER, foi tentando lá, ninguém queria dividir não é? Ai, aqui eles aceitaram, e a gente está do jeito que está ate hoje [risos] naquela rancho...*

D4:- *Mas acho que era almoxarifado lá não?[risos][murmúrios- conversa paralela]*

D3:- *O problema é muito grande, muito maior em termo até...[murmúrios – risos]*

D2:- *Você vai no departamento nosso e vê cada um em um prédio.[murmúrios]*

MODERADOR:- *Estão dizendo que a estrutura se esfacelou.*

D7:- *É, a vigilância epidemiológica que deveria funcionar junto com a vigilância sanitária está lá no prédio do Adolfo Lutz, deveria estar...*

D2:- *Departamento de pessoal ficou um tempo lá na agricultura não é?*

D7:- *Aliás, nós também estamos provisoriamente aqui não é? Era para estar lá junto com a vigilância epidemiológica. [murmúrios – risos]*

D7:- *Estamos provisoriamente aqui!*

D3:- *Problema vai além de se falar da estrutura física, vai além do dia a dia do trabalho. O que acontece em termos de vigilância sanitária na hora de fazer uma inspeção. O governo... Empaca inclusive é tudo, na questão de viatura, o Estado às vezes fornece uma viatura, mas, não fornece em quantidade suficiente para todos os profissionais, então, atualmente o que faz, muitos profissionais acontecem de ter que ir a pé ou com seu próprio carro fazer uma inspeção sanitária e isso implicaria em muitos problemas futuros. E se acontecesse um acidente? Você está trabalhando para o governo com seu carro e se acontece um acidente no caminho de percurso? Para você entrar com um processo, ter um adicional... Ter suas questões financeiras garantidas fica difícil tudo isso porque a estrutura não te fornece todos os meios para você estar fazendo o seu trabalho.*

MODERADOR:- *Isso é falta de saúde também, porque se você não faz este empreendimento por sua conta própria, isso significa riscos.*

D3:- *Exatamente.*

MODERADOR:- *Riscos que nem sempre serão amparados.*

[murmúrios]

D3:- *É, às vezes a pessoa vai ao dia a dia, mas não consegue visualizar o que possa estar implicando isso quando realmente vai precisar.*

D5:- *Influência econômica também, porque se você gasta para trabalhar você tem menos para usar na sua casa e isto também mexe.*

MODERADOR:- *Isto de alguma forma traz uma insatisfação no trabalho?*

D4:- *Exatamente, no mínimo de injustiça não é?*

D1:- *Vamos dizer tudo na vigilância sanitária só traz insatisfação não é? Porque o governo falou para nós que tudo que a gente faz vai para o SIVISA no computador, mandou dois computadores para todo mundo. A gente tem que chegar mais cedo para pegar o computador. Chega outro precisando tanto, você acaba dando para o outro, é uma confusão danada. Tem dia que tem que ficar se revezando no computador porque dois computadores para todo mundo. Todo mundo é obrigado a colocar lá tudo o que faz, é complicado não?*

MODERADOR:- *E vocês que já detém esta visão sobre esta questão, o que poderia ser normalmente a saída? O que poderia de fato melhorar essa questão?*

D2:- *O governo está fazendo isso, porque está municipalizando. [risos] Então dois computadores no serviço para ele... Vai chegar num tempo que dois computadores vão ser suficientes, dois basta!*

D1:- *É, porque não vamos ter nada para fazer!*

D5:- *Vai ter muito computador e menos serviço.*

D2:- *É com essa municipalização! [conversa paralela]*

D3:- *É que na visão de municipalização, como nós somos nível Estadual, seria nossa função daqui para frente estar dando o apoio, suporte, para as Visas municipais, só que a gente vive ao longo do tempo atuando e sem tempo inclusive de dar o apoio e sem estar supervisionando as Visas municipais. Então faz muito tempo que a gente está tendo que abraçar o mundo com as mãos e não tendo condição nenhuma de fazer um trabalho decente.*

D7:- *A história da vigilância é o seguinte. Historicamente sempre foi feita pelo Estado. A partir do governo acho que Montoro ou que sucedeu.*

D6:- *Á partir da Constituição.*

D7:- *É, a partir de 88 não é? Ai foi à questão das municipalizações das ações do Estado, diminuiu o Estado, então, começou as municipalizações e isso aconteceu muito mais com a saúde, então, começou-se a municipalizar, alguns municípios aceitaram. Isto tem que ser feito de comum acordo e na época pegaram Pinda acho que com 100% das ações, SJCampos com 100%, mas alguns municípios aceitaram parcialmente, outros não aceitaram nada. Agora não é, estão tendo que aceitar devagarzinho. Então o que acontece, nós temos grupos*

de vigilância sanitária, igual ao nosso, no interior do Estado, em que os municípios já assumiram 100% da municipalização, então eles tem reduzido só para monitorar, controlar, monitorar a região ali e nós temos na nossa região município, nas microrregião possui município que já assumiu 100% e município que assumiu parcialmente e conseqüentemente nós temos que fazer essa ação de monitorar, controlar e também as ações de campo. Não era mais para estar fazendo a fiscalização do Estado, isto já era para ela nos municípios desenvolvendo só que...

MODERADOR:- Vamos tomar a questão da saúde do trabalhador. Faz falta o fato de terem separado essa estrutura do Cerest? O que faz falta aqui na visão de vocês?

D7:- O engenheiro de segurança!

MODERADOR:- Vocês se sentem na condição de fazer também este tipo de trabalho que eles fazem e dá para fazer bem?.

D7:- Não, eu acho que... O pessoal do Cerest é oriundo da antiga Secretaria o Trabalho, não é? Uma coisa de um pessoal mais especializado. A gente tem sempre pedido um curso deles quando precisa. O engenheiro R___ que era de segurança, ele achava que deveria ter um setor específico, agora não sei também na visão... Y___ Também pode falar.

D4:- Então é assim, seria ideal que dentro das vigilâncias tivesse um profissional da área de segurança do trabalho, técnico ou engenheiro. Eu acho que é o que a legislação fala que é o correto. [murmúrios]

D4:- Só que não tem, não tem!

D7:- É o Estado...

D4:- Nem municípios e nem Estado. Está faltando esta complementação nesta ação mesmo, então, a gente acaba fazendo um trabalho paliativo. Você vai a uma empresa, você pede PPRA, você pede PCMSO, você olha minimamente e faz uma avaliação mínima, mas, nem nós, eu desconheço que nós do Estado tenhamos PPRA onde esteja previsto o nosso trabalho, o nosso risco. E o que de EPI, de EPC sei lá o que tivesse para nós mesmos. Não temos, a gente pede, mas não temos!

D6:- Acho que a partir da Constituição, depois com a Lei Orgânica da Saúde, a Lei 8080, onde a vigilância sanitária também ficou responsável pela saúde do trabalhador, está lá descrito sobre a saúde do trabalhador. Eu acho que até hoje não ficou claro o papel da saúde do trabalhador. Porque antes era o Ministério do Trabalho.

D7:- Secretaria do Trabalho.

D6:- Secretaria do Trabalho. Depois, na Constituição um dos itens da saúde é saúde do trabalhador. Está lá, mas até hoje não ficou claro qual é o papel então eu vejo que o ministério do Trabalho e a Secretaria do Trabalho ficaram com uma espécie ou...

D7:- O Cerest...

D6:- Ficaram com o filet mignon e as costelas, a pata e a coisa ficou para a vigilância sanitária. Então, aquela questão de saúde do trabalhador menor ficou largada, ficou jogada. Então a vigilância sanitária está... E a partir do filet mignon, as grandes indústrias, os grandes empreendimentos continuam com a responsabilidade do Ministério do Trabalho. [murmúrios]

D6:- Mas não está claro qual é o papel da vigilância sanitária na saúde do trabalhador, não está claro.

D7:- É verdade. [conversa paralela]

D6:- De vez em quando cria um programa para fazer isso, aquilo...

D7:- Sobrepeem as ações do Ministério...[murmúrios]

D6:- Dá um treinamento... Uns anos atrás treinaram um monte de gente... Dispersou...

D7:- As ações ficam misturadas. Em termos de Ministério, Estado e dentro do Estado também.

D6:- E há conflitos graves.

D7:- *É, A Secretaria da Saúde, vigilância sanitária, Cerest... [murmúrios – conversas paralelas]*

D6:- *E há conflitos graves... [murmúrios]*

D6:- *E há conflitos gravíssimos, não gosto muito de falar nisso... [murmúrios]*

D7:- *De acordo com o risco não é?*

D6:- *Quais são os fatores de risco!*

MODERADOR:- *Isso numa região de pólo industrial não é?*

D4:- *Acho que até posso ilustrar esse problema ai que o D_ está falando de uma maneira bem clara e que aconteceu na nossa região. Nós temos muitas indústrias aqui e dentro delas uma indústria química. Teve um acidente que dois trabalhadores foram a óbito. No começo essa indústria, ela faz um produto que é de interesse à saúde, então, a gente já fazia inspeção lá...*

D7:- *Um produto que é de interesse à saúde.*

D4:- *Isso.*

D7:- *Para remédio, medicamento...*

D4:- *Então, a indústria inteira, ela faz um monte de coisas. Uma parte do que ela faz era de interesse à saúde, então, a gente faz a inspeção, faz licença todo ano, pediu os programas, aprova o projeto, ai, quando aconteceu esse acidente, o Ministério foi lá e fez a parte dele.*

D7:- *O acidente foi na área de interesse à saúde?*

D2:- *Foi, explodiu lá um reator.*

D4:- *O Ministério foi lá, interditou e a polícia técnica fez a parte dela. Ai o nosso próprio Cerest, a própria estrutura nossa, “escuta vão lá e faz a parte de saúde do trabalhador”, a gente falou “vamos fazer o que se o Ministério do Trabalho já estava fazendo”. Já estava interditado e a gente não podia entrar não é? A polícia civil estava investigando e a gente não podia entrar.*

D7:- *Fazendo perícia.*

D4:- *Ai eles começaram a dar instrução, faz isso, faz aquilo, mas a gente observava completamente... A ação já é desenvolvida por um órgão responsável, inteiramente responsável. Fomos fazendo a parte, mas assim, a nossa é muito mais incipiente por que...*

D7:- *Até de forma segura não?*

D4:- *Depois num dado momento o próprio representante do Ministério do Trabalho falou “há, que bom que vocês vão dividir a coisa com a gente e tal”, “vamos ver ai o que tem no processo de vocês que possa ajudar a gente a entender qual foi o motivo do acidente, o que aconteceu lá de fato”, mas a ação ficou muito estranha não é? Já teve momento, a A__ até lembra bem disso de outra ação que a gente demandou ai pelo Estado que foi o projeto padarias e tarará que num dado momento quando foi lá negociar com o Ministério do Trabalho, “escuta que eles também querem trabalhar junto”, eles preferiram guardar a função deles, é uma coisa natural, cada ser humano... Num dado momento eles falaram assim... ”Bom, vocês pedem PCMSO e PPRA, só que vocês sabem que é atividade nossa”, então, há conflito claramente, de ação. [murmúrios]*

D4:- *De entendimento, isso é meu, isso é seu. Há conflitos!*

D7:- *É muito sério.*

D4:- *Então, muitas vezes a gente se sente assim... Está bom, eu peço!*

D7:- *Inseguro mesmo.*

D4:- *Às vezes isso, minha opinião, às vezes eu penso que quanto mais se envolver nesta área sem capacitação, sem como a M__ fala, sem...*

D7:- *Atribuição legal!*

D4:- *Sem atribuição legal, mais a gente está assumindo uma coisa ao qual a gente não tem respaldo legal.[murmúrios]*

D4:- *Eu vou ver o PPRA, eu não tenho formação nenhuma nesta área, ai se acontece um acidente! Eu falo assim, “escuta, você poderia ter colocado sensor aqui”, não tinha sensor*

para a temperatura e o produto explodiu? Então, até para nós, para mim praticamente, eu peço, mas eu fico insegura porque não tenho formação específica na área para analisar uma coisa dessas, mais o conflito de interesse do Ministério.

MODERADOR:- *Os outros pensam dessa forma?*

D7:- *Eu acho que a Y___ resumiu bem, esse exemplo, resumiu bem a situação de saúde do trabalhador.*

MODERADOR:- *Mais alguém gostaria de colocar alguma coisa sobre este assunto? Nós já vamos encerrando o nosso debate aqui! A tônica do que a gente tem discutido com todos é a relação daquilo que vocês são formados para fazer e a prática de vocês no dia a dia .*

D1:- *Nós somos formados e informados. [risos]*

MODERADOR:- *Formados e informados e principalmente na questão da saúde atravessando ai este leque tão grande de trabalho nas várias áreas não é?*

D7:- *Eu queria dizer sim que em minha opinião, mudamos um pouco de foco. Estava falando do trabalho nosso em saúde do trabalhador. No fim se voltou para a nossa situação interna de saúde do trabalhador.*

D2:- *Está influenciando...*

D7:- *Mudou de foco, isto é, a realidade está essa, essa...*

D6:- *Embrulho!*

D7:- *Isso, esse embrulho que o D___ falou, na verdade, até agora não ficou claro para o Estado, está certo, as divisões das competências de cada órgão, então, a União ela meio que demonstrou a situação real.*

D1:- *Mas, antes de colocar a vigilância sanitária nesta história, o Ministério do Trabalho fiscalizava todas as empresas. [murmúrios] Uma vez aconteceu um problema na V___, nós fomos lá e o Ministério do Trabalho estava lá, a gente encontrava eles por ai.*

D7:- *Quando tem acidentes eles vão.*

D1:- *Não, mas não tinha acidente.*

D7:- *Agora, agora...*

D1:- *Agora só quando tem acidente, mas eles fiscalizavam mesmo, eram atuantes. Chegavam às indústrias, quantas vezes já os encontrei nas indústrias de Taubaté. Chegava e eles tinham acabado de sair... Eles fiscalizavam mesmo. Agora que diz que a vigilância faz, eles não fazem e o negócio ficou meio...*

D2:- *Não, é que acabaram com a Secretaria do Trabalho e os profissionais acabaram se espalhando. Os órgãos se reativaram, mas daí não voltou mais.*

D1:- *Com o mesmo pique não é?*

D2:- *Ai ficou essa...*

D1:- *Agora, eles fazem, a gente faz alguma coisa não?*

D6:- *Quando eu falo assim que não está claro o papel, para mim precisava de um treinamento. Há quatro anos atrás o CVS fez uma tentativa de um grande treinamento na área de saúde do trabalhador. Não deu em nada. Deu muita encrenca. Foram muitas e muitas encrencas. Várias palestras, vários profissionais. Teve muito conflito, muito. Gente discutindo se isto é verdade ou não é, muito conflito. Um treinamento grande, num hotel e teve muita encrenca. Quando eu falo que não está repartido, parece que o filet mignon parece que ficou com outra parte, eu me lembro que essas serralherias pequenas, serralherias, marcenarias, marmorarias, estão abandonados. Nem o Ministério vai lá, está tudo abandonado. Não está claro o papel. Eles ficam preocupados somente com as grandes indústrias, que eu chamo de filet mignon e a saúde do trabalhador desses pequenos estabelecimentos não tem, fala a verdade, não tem!*

D4:- *Grande massa do trabalhador não é?*

D6:- *Não tem! Pode até perguntar para alguns proprietários. Eu conheço alguns destes, nunca foram fiscalizados! Estão funcionando, está lá com graves problemas.*

MODERADOR:- *E isso depois tem graves desdobramentos na área da saúde!*

D6:- *Sim. [murmúrios]*

D4:- *É o que acontece com a máquina pública. Nosso país tenta, vai nesta onda de querer tomar conta de tudo, mas não consegue, se for ver uma forma de trabalhar do Ministério do Trabalho, da saúde, você não consegue tomar conta de tudo, não é? Por vezes a gente conversa com algumas pessoas do Ministério, e nos casos que a gente conversou bastante, eles mesmos reclamam, que também estão com o quadro de funcionários defasados. Eles não conseguem fazer um número e nem fazer as inspeções que eles precisam, então, é disso que ele está falando que o D___ está falando, que o F___... Quando acontece um acidente, aí tem que ir mesmo, concordo, mas a inspeção rotineira eles mesmo reclamam que não conseguem fazer, não tem número de profissionais suficiente.*

D6:- *Faz programa estabelecendo com clareza! [murmúrios – conversa paralela]*

D6:- *A vigilância é igual bombeiro... Há, Há... Toca a sirene.*

D2:- *Deu problema corre lá!*

D5:- *A questão de prevenção não é uma cultura brasileira, isso em qualquer área, saúde, educação e mais alguma coisa. A prática da vigilância é preventiva, é de orientação, não é basicamente preventiva, tanto é que é dado prazo de adequação dependendo do risco, mas não é uma cultura brasileira. Não faz parte do Brasil a cultura de prevenção. Não faz. A própria Secretaria de Meio Ambiente às vezes trata a coisa lá no final em vez de fazer um trabalho anterior de base entendeu? Não faz. É a mesma coisa com a educação. Você abre portas para ele (estagiário) fazer um estudo universitário de várias formas para o aluno [tosse] unir o que não é muito adequado e você vai educar a pessoa lá na frente? Ela já passou por toda forma do processo! Aí chega lá você encontra essas jóias preciosas de vestibular que a gente vê por aí não? Então, é complicado! Eu acho que falta a cultura do Brasil. Precisa mudar isso.*

MODERADOR:- *O D___ está falando que esta área dá muito conflito não é D___?*

D6:- *É legal, conflito legal, anula processo...*

MODERADOR:- *Porque essa área de saúde do trabalhador, desde quando constituída, é uma área de muito conflito mesmo, de muitos interesses e que esses interesses, obviamente, dão margem a muitos conflitos. Não é que tem que ter um consenso, mas vocês estão dizendo, que do ponto de vista da aplicação da lei precisaria minimamente de ter alguns consensos, é neste sentido D___?*

D6:- *No sentido legal mesmo, algumas situações dão conflito legal. Quem é a competência legal para agir. Não está claro. Alguns acham que é a gente, está lá na Constituição, os artigos se respaldam naquilo, e faz a ação, mas é questionado pelo Ministério.*

MODERADOR:- *Mas eu posso entender também que até chegar nesse consenso aí precisaria haver certo, certa visão minimamente comum do que é mesmo esta questão da saúde do trabalhador, parece que isso não é um ponto pacífico entre os envolvidos?.*

D6:- *Este treinamento que nós tentamos há uns anos atrás era para chegar nesse consenso, tentar harmonizar e padronizar estas ações, mas, não conseguimos. Não conseguimos por que...*

D7:- *Isto que o D___ esta dizendo foi a nível Estadual.*

D6:- *Foi a Nível Estadual. Foi lá no Flat Lorena, numa tentativa grande de harmonizar e padronizar, minimamente estas ações de saúde do trabalhador.*

D3:- *Saúde do trabalhador, como ela tem uma área muito grande e abrangente, você não pode só pensar nela, visualizando o que você vê enxerga. Quando você vai fazer, verificar a questão de calor ou de ruído num posto de trabalho, você requer, é importante e imprescindível você ter equipamentos para você aferir aquelas condições de trabalho, você não pode simplesmente alegar que aquele local tem muito ruído, que aquele local está muito*

quente. Você tem que ter a medição dessas questões como árvore de termômetro, decibelímetro e estas coisas. Então, da mesma forma significando... [conversa paralela]

D3:- *Tentando mostrar e verificando de uma maneira geral, quando você está doente procura um posto de saúde, você quer ser examinado pelo profissional médico, da área de medicina. Se você chegar neste posto de saúde e tiver apenas uma secretaria naquele local, obviamente como cidadão ninguém vai aceitar ser examinado pela secretária. Então, a saúde do trabalhador também requer isso. O profissional capacitado, habilitado, com condições, com equipamentos para verificar também como está a condição dos postos de trabalho. Não é apenas chegar num ambiente, você pode ter alguns, vamos dizer, itens, você pode estar falando, olham, tem falhas aqui, falhas ali ou não, mas, muitas vezes afirmar categoricamente que aquilo está em desacordo com uma legislação. Nós não podemos.*

MODERADOR:- *Não tem esse preparo?*

D3:- *Nós não temos este preparo.*

D1:- *Nem os equipamentos.*

MODERADOR:- *Mais alguém deseja se pronunciar? Então acho que ela resumiu muito bem a questão. Vou agradecer neste momento a todos. Foi muito rico para nós obtermos de vocês essas ponderações, assim, do cotidiano, aquilo que vocês fazem há muito tempo e fazem muito bem e as avaliações que têm a respeito disso daí! Foi muito rico. Muito Obrigado!*

ANEXO A – Ofício à Instituição

Taubaté, _____ de _____ de 2011.

Prezado Senhor (a)

Solicito a V.S^a permissão de realização de pesquisa da Aluna Andréa Maria Giannico de Araújo Viana Consolino, do Curso de Mestrado em Desenvolvimento Humano: Formação, Políticas e Práticas Sociais da Universidade de Taubaté, a ser desenvolvida nos meses de Dezembro de 2011 a maio de 2012, intitulada **“SAÚDE DO TRABALHADOR: foco na formação de profissionais da vigilância sanitária”**. O estudo será realizado com funcionários da Vigilância Sanitária do seu município, sob a orientação da Prof^a. Dra. Marluce A.Borges Glaus Leão.

Para tal, será realizado um levantamento de dados pessoais de funcionários de algumas equipes, observação assistemática e uma técnica de entrevista em grupo, por meio do grupo focal junto a essa população, durante 1 hora, em locais e dias previamente agendados.

Ressalto que o projeto da pesquisa passou por análise e aprovação do comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Taubaté, sendo aprovado sob o CEP/UNITAU n°.559/2011 (ANEXO F).

Certa de contar com sua colaboração coloco-me à disposição para maiores esclarecimentos no Programa de Pós Graduação da Universidade de Taubaté, situado à Rua Visconde do Rio Branco, 210, CEP 12.080-000, telefone 3625-4100, ou 9118-1202 (pesquisadora), cujo Termo de Autorização da Instituição devidamente preenchido solicitamos a gentileza de devolver.

No aguardo de sua resposta, nessa oportunidade renovo meus protestos de estima e consideração.

Atenciosamente,

Andréa Maria Giannico de Araújo Viana Consolino

Ilmo(a). Sr(a): _____

Diretor(a): _____

ANEXO B – Termo de autorização da instituição

Termo de Autorização da Instituição

De acordo com as informações do ofício _____ sobre a natureza da pesquisa intitulada **SAÚDE DO TRABALHADOR: foco na formação de profissionais da Vigilância Sanitária**, e propósito do trabalho a ser executado pela aluna abaixo relacionada do curso de Mestrado em Desenvolvimento Humano Políticas e Práticas Sociais da Universidade de Taubaté e, após a análise do conteúdo do projeto da pesquisa, a Instituição que represento autoriza sua realização.

Será mantido o anonimato dos profissionais e tenho ciência que o nome da Instituição ficará público.

Nome da Aluna: Andréa Maria Giannico de Araújo Viana Consolino.

Nome da Instituição:

CNPJ da Instituição: _____

Nome, cargo e assinatura do Representante legal da Instituição.

ANEXO C – Termo de consentimento livre esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr(a) está sendo convidado (a) para participar, como voluntário desta pesquisa. Após ser esclarecido (a) sobre os seus objetivos, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa, não será penalizado (a) de forma alguma.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título do Projeto: **SAÚDE DO TRABALHADOR: foco na formação de profissionais da vigilância sanitária**

Pesquisador Responsável: Andréa Maria Giannico de Araújo Viana Consolino.

Orientador: Profa. Dra. Marluce Auxiliadora Borges Glaus Leão

Telefones para contato: _____

Este estudo pretende investigar a formação e as práticas de profissionais de Vigilância Sanitária da Macrorregião de Taubaté, a partir das atividades que desenvolvem visando à saúde do trabalhador.

Os dados serão coletados por meio de Técnica de Grupo Focal (GF), não incorrendo em nenhum risco para o depoente. Os relatos durante essa técnica serão gravados em mídia eletrônica, e depois de transcritos, destruídos. As informações serão analisadas pelo pesquisador, resguardando-se o anonimato do depoente em todo processo da pesquisa, que terá o direito de retirar o consentimento a qualquer tempo. Esse anonimato estende-se ainda no caso da divulgação dos dados por meio de publicação em periódicos e/ou apresentação em eventos científicos. A sua participação permitirá ampliar o conhecimento sobre a formação e as práticas de profissionais de Vigilância Sanitária da macrorregião de Taubaté, em relação ao campo da Saúde do Trabalhador.

Nome e Assinatura do pesquisador _____

**ANEXO D – Consentimento da participação da participação da pessoa
como sujeito**

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____, RG _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo (**SAÚDE DO TRABALHADOR: foco na formação de profissionais da Vigilância Sanitária**), como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido pelo pesquisador Andréa Maria Giannico de Araújo Viana Consolino sobre os objetivos da pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Local e data _____ . ____/____/____.

Nome: _____

Assinatura do sujeito ou responsável: _____

ANEXO E – Plano comparativo de análise da concepção dos paradigmas de saúde e trabalho (RAMOS, 2008, p.78)

Modelo operativo/ Indicadores	Sujeito da ação profissional	Objeto da ação	Tipo de ação	Relação Saúde/trabalho	Disciplinas
Medicina do Trabalho	Médico	Corpo individual do trabalhador	Técnica Curativa	Unicausal	Biologia Epidemiologia Clássica
Saúde Ocupacional	Médico Engenheiro de Segurança Toxicologista Ergonomista Técnico de Segurança Higienista	Corpo Individual e Ambiente e condições de trabalho	Técnica Preventiva Higiene Sanitária	Multicausal	Biologia Epidemiologia Clássica Higiene Industrial Ergonomia Toxicologia Engenharia de Segurança
Saúde do Trabalhador	Incorpora além desses, outros profissionais de saúde (Terapeuta Ocupacional, Assistente Social, Psicólogo, Fisioterapeuta entre outros)	Corpo social e histórico Organização e ambiente e condições do trabalho	Promoção da saúde Vigilância da saúde Ação coletiva Integralidade Intra e inter-setorialidade Participação e controle social	Determinação histórica e social do processo saúde-doença, do desgaste e reprodução do trabalhador	Interdisciplinaridade Ênfase nas Ciências Sociais e na Epidemiologia crítica Ecologia Política Economia Filosofia Planejamento e gestão Educação Comunicação

ANEXO F – Portaria Nº 1823 de 23 de agosto de 2012

Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.

O MINISTRO DO ESTADO DA SAÚDE, no uso da atribuição que lhe confere o inciso II do parágrafo único art. 87 da Constituição, e Considerando que compete ao Sistema Único de Saúde (SUS) a execução das ações de saúde do trabalhador, conforme determina a Constituição Federal;

Considerando o papel do Ministério da Saúde de coordenar nacionalmente a política de saúde do trabalhador, conforme o disposto no inciso V do art. 16 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990;

Considerando o alinhamento entre a política de saúde do trabalhador e a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST), instituída por meio do Decreto nº 7.602, de 7 de novembro de 2011;

Considerando a necessidade de implementação de ações de saúde do trabalhador em todos os níveis de atenção do SUS; e

Considerando a necessidade da definição dos princípios, das diretrizes e das estratégias a serem observados nas três esferas de gestão do SUS no que se refere à saúde do trabalhador, resolve:

Art. 1º Fica instituída a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.

Art. 2º A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora tem como finalidade definir os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observados pelas três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), para o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador, com ênfase na vigilância, visando a promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos.

Art. 3º Todos os trabalhadores, homens e mulheres, independentemente de sua localização, urbana ou rural, de sua forma de inserção no mercado de trabalho, formal ou informal, de seu vínculo empregatício, público ou privado, assalariado, autônomo, avulso, temporário, cooperativados, aprendiz, estagiário, doméstico, aposentado ou desempregado são sujeitos desta Política.

Parágrafo único. A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora alinha-se com o conjunto de políticas de saúde no âmbito do SUS, considerando a transversalidade das ações de saúde do trabalhador e o trabalho como um dos determinantes do processo saúde-doença.

Art.4º Além do disposto nesta Portaria, a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora reger-se-á, de forma complementar, pelos elementos informativos constantes do Anexo I a esta Portaria.

CAPÍTULO I - DOS PRINCÍPIOS E DAS DIRETRIZES

Art. 5º A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora observará os seguintes princípios e diretrizes:

- I - universalidade;
- II - integralidade;
- III - participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social;
- IV - descentralização;
- V - hierarquização;
- VI - equidade; e
- VII - precaução.

Art. 6º Para fins de implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, dever-se-á considerar a articulação entre:

- I - as ações individuais, de assistência e de recuperação dos agravos, com ações coletivas, de promoção, de prevenção, de vigilância dos ambientes, processos e atividades de trabalho, e de intervenção sobre os fatores determinantes da saúde dos trabalhadores;
- II - as ações de planejamento e avaliação com as práticas de saúde; e
- III - o conhecimento técnico e os saberes, experiências e subjetividade dos trabalhadores e destes com as respectivas práticas institucionais.

Parágrafo único. A realização da articulação tratada neste artigo requer mudanças substanciais nos processos de trabalho em saúde, na organização da rede de atenção e na atuação multiprofissional e interdisciplinar, que contemplem a complexidade das relações trabalho-saúde.

Art. 7º A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora deverá contemplar todos os trabalhadores priorizando, entretanto, pessoas e grupos em situação de maior vulnerabilidade, como aqueles inseridos em atividades ou em relações informais e precárias de trabalho, em atividades de maior risco para a saúde, submetidos a formas nocivas de discriminação, ou ao trabalho infantil, na perspectiva de superar desigualdades sociais e de saúde e de buscar a equidade na atenção.

Parágrafo único. As pessoas e os grupos vulneráveis de que trata o "caput" devem ser identificados e definidos a partir da análise da situação de saúde local e regional e da discussão com a comunidade, trabalhadores e outros atores sociais de interesse à saúde dos trabalhadores, considerando-se suas especificidades e singularidades culturais e sociais.

CAPÍTULO II - DOS OBJETIVOS

Art. 8º São objetivos da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora:

I - fortalecer a Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) e a integração com os demais componentes da Vigilância em Saúde, o que pressupõe:

- a) identificação das atividades produtivas da população trabalhadora e das situações de risco à saúde dos trabalhadores no território;
- b) identificação das necessidades, demandas e problemas de saúde dos trabalhadores no território;
- c) realização da análise da situação de saúde dos trabalhadores;

- d) intervenção nos processos e ambientes de trabalho;
- e) produção de tecnologias de intervenção, de avaliação e de monitoramento das ações de VISAT;
- f) controle e avaliação da qualidade dos serviços e programas de saúde do trabalhador, nas instituições e empresas públicas e privadas;
- g) produção de protocolos, de normas técnicas e regulamentares; e
- h) participação dos trabalhadores e suas organizações;

II - promover a saúde e ambientes e processos de trabalhos saudáveis, o que pressupõe:

- a) estabelecimento e adoção de parâmetros protetores da saúde dos trabalhadores nos ambientes e processos de trabalho;
- b) fortalecimento e articulação das ações de vigilância em saúde, identificando os fatores de risco ambiental, com intervenções tanto nos ambientes e processos de trabalho, como no entorno, tendo em vista a qualidade de vida dos trabalhadores e da população circunvizinha;
- c) representação do setor saúde/saúde do trabalhador nos fóruns e instâncias de formulação de políticas setoriais e intersetoriais e às relativas ao desenvolvimento econômico e social;
- d) inserção, acompanhamento e avaliação de indicadores de saúde dos trabalhadores e das populações circunvizinhas nos processos de licenciamento e nos estudos de impacto ambiental;
- e) inclusão de parâmetros de proteção à saúde dos trabalhadores e de manutenção de ambientes de trabalho saudáveis nos processos de concessão de incentivos ao desenvolvimento, nos mecanismos de fomento e outros incentivos específicos;
- f) contribuição na identificação e erradicação de situações análogas ao trabalho escravo;
- g) contribuição na identificação e erradicação de trabalho infantil e na proteção do trabalho do adolescente; e
- h) desenvolvimento de estratégias e ações de comunicação de risco e de educação ambiental e em saúde do trabalhador;

III - garantir a integralidade na atenção à saúde do trabalhador, que pressupõe a inserção de ações de saúde do trabalhador em todas as instâncias e pontos da Rede de Atenção à Saúde do SUS, mediante articulação e construção conjunta de protocolos, linhas de cuidado e matriciamento da saúde do trabalhador na assistência e nas estratégias e dispositivos de organização e fluxos da rede, considerando os seguintes componentes:

- a) atenção primária em saúde;
- b) atenção especializada, incluindo serviços de reabilitação;

- c) atenção pré-hospitalar, de urgência e emergência, e hospitalar;
- d) rede de laboratórios e de serviços de apoio diagnóstico;
- e) assistência farmacêutica;
- f) sistemas de informações em saúde;
- g) sistema de regulação do acesso;
- h) sistema de planejamento, monitoramento e avaliação das ações;
- i) sistema de auditoria; e
- j) promoção e vigilância à saúde, incluindo a vigilância à saúde do trabalhador;

IV - ampliar o entendimento de que de que a saúde do trabalhador deve ser concebida como uma ação transversal, devendo a relação saúde-trabalho ser identificada em todos os pontos e instâncias da rede de atenção;

V - incorporar a categoria trabalho como determinante do processo saúde-doença dos indivíduos e da coletividade, incluindo-a nas análises de situação de saúde e nas ações de promoção em saúde;

VI - assegurar que a identificação da situação do trabalho dos usuários seja considerada nas ações e serviços de saúde do SUS e que a atividade de trabalho realizada pelas pessoas, com as suas possíveis consequências para a saúde, seja considerada no momento de cada intervenção em saúde; e

VII - assegurar a qualidade da atenção à saúde do trabalhador usuário do SUS.

CAPÍTULO III - DAS ESTRATÉGIAS

Art. 9º São estratégias da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora:

I - integração da Vigilância em Saúde do Trabalhador com os demais componentes da Vigilância em Saúde e com a Atenção Primária em Saúde, o que pressupõe:

- a) planejamento conjunto entre as vigilâncias, com eleição de prioridades comuns para atuação integrada, com base na análise da situação de saúde dos trabalhadores e da população em geral, e no mapeamento das atividades produtivas e com potencial impacto ambiental no território;
- b) produção conjunta de protocolos, normas técnicas e atos normativos, com harmonização de parâmetros e indicadores, para orientação aos Estados e Municípios no desenvolvimento das ações de vigilância, e especialmente como referência para os processos de pactuação entre as três esferas de gestão do SUS;
- c) harmonização e, sempre que possível, unificação dos instrumentos de registro e notificação de agravos e eventos de interesse comum aos componentes da vigilância;

d) incorporação dos agravos relacionados ao trabalho, definidos como prioritários para fins de vigilância, nas listagens de agravos de notificação compulsória, nos âmbitos nacional, estaduais e municipais, seguindo a mesma lógica e fluxos dos demais;

e) proposição e produção de indicadores conjuntos para monitoramento e avaliação da situação de saúde;

f) formação e manutenção de grupos de trabalho integrados para investigação de surtos e eventos inusitados e de investigação de situações de saúde decorrentes de potenciais impactos ambientais de processos e atividades produtivas nos territórios, envolvendo as vigilâncias epidemiológica, sanitária, em saúde ambiental, saúde do trabalhador e rede de laboratórios de saúde pública;

g) produção conjunta de metodologias de ação, de investigação, de tecnologias de intervenção, de avaliação e de monitoramento das ações de vigilância nos ambientes e situações epidemiológicas;

h) incorporação, pelas equipes de vigilância sanitária dos Estados e Municípios, de práticas de avaliação, controle e vigilância dos riscos ocupacionais nas empresas e estabelecimentos, observando as atividades produtivas presentes no território;

i) investimentos na qualificação e capacitação integradas das equipes dos diversos componentes da vigilância em saúde, com incorporação de conteúdos específicos, comuns e afins, nos processos formativos e nas estratégias de educação permanente de todos os componentes da Vigilância em Saúde;

j) investimentos na ampliação da capacidade técnica e nas mudanças das práticas das equipes das vigilâncias, especialmente para atuação no apoio matricial às equipes de referência dos municípios;

k) participação conjunta nas estratégias, fóruns e instâncias de produção, divulgação, difusão e comunicação de informações em saúde;

l) estímulo à participação dos trabalhadores e suas organizações, sempre que pertinente, no acompanhamento das ações de vigilância epidemiológica, sanitária e em saúde ambiental, além das ações específicas de VISAT; e

m) atualização e ou revisão dos códigos de saúde, com inserção de disposições sobre a vigilância em saúde do trabalhador e atribuição da competência de autoridade sanitária às equipes de vigilância em saúde do trabalhador, nos Estados e Municípios;

II - análise do perfil produtivo e da situação de saúde dos trabalhadores, o que pressupõe:

a) identificação das atividades produtivas e do perfil da população trabalhadora no território em conjunto com a atenção primária em saúde e os setores da Vigilância em Saúde;

b) implementação da rede de informações em saúde do trabalhador;

c) definição de elenco de indicadores prioritários para análise e monitoramento;

d) definição do elenco de agravos relacionados ao trabalho de notificação compulsória e de investigação obrigatória e inclusão no elenco de prioridades, nas três esferas de gestão do SUS;

e) revisão periódica da lista de doenças relacionadas ao trabalho;

f) realização de estudos e análises que identifiquem e possibilitem a compreensão dos problemas de saúde dos trabalhadores e o comportamento dos principais indicadores de saúde;

g) estruturação das estratégias e processos de difusão e comunicação das informações;

h) garantia, na identificação do trabalhador, do registro de sua ocupação, ramo de atividade econômica e tipo de vínculo nos seguintes sistemas e fontes de informação em saúde, aproveitando todos os contatos do/a trabalhador/a com o sistema de saúde:

1. Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM);
2. Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIHSUS);
3. Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan);
4. Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIASUS);
5. Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB);
6. Registros de Câncer de Base Populacional (RCBP); e
7. Registros de Câncer de Base Hospitalar (RCBH);

i) articulação e sistematização das informações das demais bases de dados de interesse à saúde do trabalhador, como:

1. Cadastro Nacional de Informações Sociais (CNIS);
2. Sistema Único de Benefícios (SUB);
3. Relação Anual de Informações Sociais (RAIS);
4. Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (CAGED);
5. Sistema Federal de Inspeção do Trabalho (SFIT);
6. Troca de Informação em Saúde Suplementar (TISS); e
7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE);

8. outros sistemas de informações dos órgãos e setores de planejamento, da agricultura, do meio ambiente, da segurança pública, do trânsito, da indústria, comércio e mineração, das empresas, dos sindicatos de trabalhadores, entre outras;

j) gestão junto a essas instituições para acesso às bases de dados de forma desagregada, conforme necessidades da produção da análise da situação de saúde nos diversos níveis territoriais;

k) produção e divulgação, periódicas, com acesso ao público em geral, de análises de situação de saúde, considerando diversos níveis territoriais (local, municipal, microrregional, macrorregional, estadual, grandes regiões, nacional);

l) estabelecimento da notificação compulsória e investigação obrigatória em todo território nacional dos acidentes de trabalho graves e com óbito e das intoxicações por agrotóxicos, considerando critérios de magnitude e gravidade;

m) viabilização da compatibilização e/ou unificação dos instrumentos de coleta de dados e dos fluxos de informações, em articulação com as demais equipes técnicas e das vigilâncias;

n) gestão junto à Previdência Social para que a notificação dos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho feito pelo SUS (Sinan) seja reconhecida, nos casos de trabalhadores segurados pelo Seguro Acidente de Trabalho;

o) criação de sistemas e bancos de dados para registro das informações contidas nos relatórios de inspeções e mapeamento dos ambientes de trabalho realizados pelas equipes de Vigilância em Saúde;

p) definição de elenco básico de indicadores de morbimortalidade e de situações de risco para a composição da análise de situação de saúde dos trabalhadores, considerando o conjunto dos trabalhadores brasileiros, incluindo as parcelas inseridas em atividades informais, ou seja, o total da População Economicamente Ativa Ocupada;

q) articulação intra e intersetorial para a implantação ou implementação de observatórios de saúde do trabalhador, em especial, articulando-se com o observatório de violências e outros;

r) articulação, apoio e gestão junto à Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA) para fins de ampliação dos atuais indicadores de saúde do trabalhador constantes das publicações dos Indicadores Básicos de Saúde (IDB);

s) garantia da inclusão de indicadores de saúde do trabalhador nas RIPSA estaduais, conforme necessidades e especificidades de cada Estado;

t) produção de protocolos e manuais de orientação para os profissionais de saúde para a utilização da Classificação Brasileira de Ocupação e da Classificação Nacional de Atividades Econômicas;

u) avaliação e produção de relatórios periódicos sobre a qualidade dos dados e informações constantes nos sistemas de informação de interesse à saúde do trabalhador; e

v) disponibilização e divulgação das informações em meios eletrônicos, boletins, cartilhas, impressos, vídeos, rádio e demais instrumentos de comunicação e difusão;

III - estruturação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) no contexto da Rede de Atenção à Saúde, o que pressupõe:

a) ações de Saúde do Trabalhador junto à atenção primária em saúde:

1. reconhecimento e mapeamento das atividades produtivas no território;
2. reconhecimento e identificação da população trabalhadora e seu perfil sócio ocupacional no território;
3. reconhecimento e identificação dos potenciais riscos e impactos (perfil de morbimortalidade) à saúde dos trabalhadores, das comunidades e ao meio ambiente, advindos das atividades produtivas no território;
4. identificação da rede de apoio social aos trabalhadores no território;
5. inclusão, dentre as prioridades de maior vulnerabilidade em saúde do trabalhador, das seguintes situações: chefe da família desempregado ou subempregado, crianças e adolescentes trabalhando, gestantes ou nutrizes trabalhando, algum membro da família portador de algum agravo à saúde relacionado com o trabalho (acidente ou doença) e presença de atividades produtivas no domicílio;
6. identificação e registro da situação de trabalho, da ocupação e do ramo de atividade econômica dos usuários das unidades e serviços de atenção primária em saúde;
7. suspeita e ou identificação da relação entre o trabalho e o problema de saúde apresentado pelo usuário, para fins de diagnóstico e notificação dos agravos relacionados ao trabalho;
8. notificação dos agravos relacionados ao trabalho no Sinan e no SIAB e, emissão de relatórios e atestados médicos, incluindo o laudo de exame médico da Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT), nos casos pertinentes;
9. subsídio à definição da rede de referência e contra referência e estabelecimento dos fluxos e instrumentos para os encaminhamentos necessários;
10. articulação com as equipes técnicas e os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) sempre que necessário, para a prestação de retaguarda técnica especializada, considerando seu papel no apoio matricial a toda rede SUS;
11. definição e implantação de condutas e manejo assistenciais, de promoção e de vigilância em saúde do trabalhador, mediante a aplicação de protocolos, de linhas de cuidado e de projetos terapêuticos para os agravos, e de linhas guias para a vigilância de situações de riscos relacionados ao trabalho; e 12. incorporação de conteúdos de saúde do trabalhador nas estratégias de capacitação e de educação permanente para as equipes da atenção primária em saúde;

b) ações de saúde do trabalhador junto à urgência e emergência:

1. identificação e registro da situação de trabalho, da ocupação e do ramo de atividade econômica dos usuários dos pontos de atenção às urgências e emergências, nas redes Estaduais e Municipais;
 2. identificação da relação entre o trabalho e o acidente, violência ou intoxicação exógena sofridos pelo usuário, com decorrente notificação do agravo no Sinan e adequado registro no SIH-SUS para os casos que requererem hospitalização;
 3. preenchimento do laudo de exame médico da CAT nos casos pertinentes;
 4. acompanhamento desses casos pelas equipes dos Núcleos de Vigilância Epidemiológica Hospitalar, onde houver;
 5. encaminhamento para a rede de referência e contra referência, para fins de continuidade do tratamento, acompanhamento e reabilitação, seguindo os fluxos e instrumentos definidos para tal;
 6. articulação com as equipes técnicas e os CEREST sempre que necessário para a prestação de retaguarda técnica especializada, considerando seu papel no apoio matricial a toda rede SUS;
 7. harmonização dos conceitos dos eventos/agravos e unificação das fichas de notificação dos casos de acidentes de trabalho, outros acidentes e violências;
 8. incorporação de conteúdos de saúde do trabalhador nas estratégias de capacitação e de educação permanente para as equipes dos pontos de atenção às urgências e emergências; e
 9. estabelecimento de parcerias intersetoriais e referência e contra referência com as unidades de atendimento e serviços das Secretarias de Segurança Pública, Institutos Médico Legais, e setores/departamentos de trânsito e transporte;
- c) ações de saúde do trabalhador junto à atenção especializada (ambulatorial e hospitalar):
1. identificação e registro da situação de trabalho, da ocupação e do ramo de atividade econômica dos usuários dos pontos de atenção especializada, nas redes estaduais e municipais;
 2. suspeita ou identificação da relação entre o trabalho e o agravo à saúde do usuário, com decorrente notificação do agravo no Sinan;
 3. preenchimento do laudo de exame médico da CAT nos casos pertinentes;
 4. encaminhamento para a rede de referência e contra referência, para fins de continuidade do tratamento, acompanhamento e reabilitação, seguindo os fluxos e instrumentos definidos para tal;
 5. articulação com as equipes técnicas e os CEREST sempre que necessário para a prestação de retaguarda técnica especializada, considerando seu papel no apoio matricial a toda rede SUS; e

6. incorporação de conteúdos de saúde do trabalhador nas estratégias de capacitação e de educação permanente para as equipes dos pontos de atenção especializada;

IV - fortalecimento e ampliação da articulação intersetorial, o que pressupõe:

a) aplicação de indicadores de avaliação de impactos à saúde dos trabalhadores e das comunidades nos processos de licenciamento ambiental, de concessão de incentivos ao desenvolvimento, mecanismos de fomento e incentivos específicos;

b) fiscalização conjunta onde houver trabalho em condições insalubres, perigosas e degradantes, como nas carvoarias, madeireiras, canaviais, construção civil, agricultura em geral, calcareiras, mineração, entre outros, envolvendo os Ministérios do Trabalho e Emprego, da Previdência Social e do Meio Ambiente, o SUS e o Ministério Público; e

c) compartilhamento e publicização das informações produzidas por cada órgão e instituição, inclusive por meio da constituição de observatórios, de modo a viabilizar a adequada análise de situação, estabelecimento de prioridades, tomada de decisão e monitoramento das ações;

V - estímulo à participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social, o que pressupõe:

a) acolhimento e resposta às demandas dos representantes da comunidade e do controle social;

b) buscar articulação com entidades, instituições, organizações não governamentais, associações, cooperativas e demais representações de categorias de trabalhadores, presentes no território, inclusive as inseridas em atividades informais de trabalho e populações em situação de vulnerabilidade;

c) estímulo à participação de representação dos trabalhadores nas instâncias oficiais de representação social do SUS, a exemplo dos conselhos e comissões intersetoriais, nas três esferas de gestão do SUS;

d) apoiar o funcionamento das Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador (CIST) dos Conselhos de Saúde, nas três esferas de gestão do SUS;

e) inclusão da comunidade e do controle social nos programas de capacitação e educação permanente em saúde do trabalhador, sempre que possível, e inclusão de conteúdos de saúde do trabalhador nos processos de capacitação permanente voltados para a comunidade e o controle social, incluindo grupos de trabalhadores em situação de vulnerabilidade, com vistas às ações de promoção em saúde do trabalhador;

f) transparência e facilitação do acesso às informações aos representantes da comunidade, dos trabalhadores e do controle social;

VI - desenvolvimento e capacitação de recursos humanos, o que pressupõe:

a) adoção de estratégias para a progressiva desprecarização dos vínculos de trabalho das equipes de saúde, incluindo os técnicos dos centros de referência e das vigilâncias, nas três esferas de gestão do SUS, mediante concurso público;

b) inserção de especificação da atribuição de inspetor de vigilância aos técnicos em saúde do trabalhador nos planos de carreira, cargos e vencimentos, nas esferas estadual e municipal;

c) inserção de conteúdos de saúde do trabalhador nos diversos processos formativos e estratégias de educação permanente, cursos e capacitações, para profissionais de nível superior e nível médio, com destaque àqueles destinados às equipes de Vigilância em Saúde, à Saúde da Família e aos gestores;

d) capacitação para aplicação de protocolos, linhas guias e linhas de cuidado em saúde do trabalhador, com ênfase à identificação da relação saúde-trabalho, ao diagnóstico e manejo dos acidentes e das doenças relacionadas ao trabalho, incluindo a reabilitação, à vigilância de agravos, de ambientes e de processos de trabalho e à produção de análise da situação de saúde;

e) capacitação voltada à aplicação de medidas básicas de promoção, prevenção e educação em saúde e às orientações quanto aos direitos dos trabalhadores;

f) estabelecimento de referências e conteúdos curriculares para a formação de profissionais em saúde do trabalhador, de nível técnico e superior;

g) produção de tecnologias mistas de educação presencial e a distância e publicização de tecnologias já existentes, com estabelecimento de processos e métodos de acompanhamento, avaliação e atualização dessas tecnologias;

h) articulação intersetorial com Ministérios e Secretarias de Governo, especialmente com o Ministério da Educação, para fins de inclusão de conteúdos temáticos de saúde do trabalhador nos currículos do ensino fundamental e médio, da rede pública e privada, em cursos de graduação e de programas específicos de pós-graduação em sentido amplo e restrito, possibilitando a articulação ensino / pesquisa / extensão, bem como nos cursos voltados à qualificação profissional e empresarial;

i) investimento na qualificação de todos os técnicos dos CEREST, no mínimo, em nível de especialização;

j) integração com órgãos de fomento de pesquisa, nacionais e internacionais e com instituições responsáveis pelo processo educativo como universidades, centros de pesquisa, organizações sindicais, ONG, entre outras; e

k) apoio à capacitação voltada para os interesses do movimento social, movimento sindical e controle social, em consonância com as ações e diretrizes estratégicas do SUS e com a legislação de regência;

VII - apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas, o que pressupõe:

a) articulação estreita entre os serviços e instituições de pesquisa e universidades, com envolvimento de toda a rede de serviços do SUS na construção de saberes, normas, protocolos, tecnologias e ferramentas, voltadas à produção de respostas aos problemas e necessidades identificadas pelos serviços, comunidade e controle social;

b) adoção de critérios epidemiológicos e de relevância social para a identificação e definição das linhas de investigação, estudos e pesquisas, de modo a fornecer respostas e subsídios técnico-científicos para o enfrentamento de problemas prioritários no contexto da saúde do trabalhador;

c) desenvolvimento de projetos de pesquisa-intervenção que possam ser estruturantes para a saúde do trabalhador no SUS, que articulem as ações de promoção, vigilância, assistência, reabilitação e produção e comunicação de informações, e resultem em produção de tecnologias de intervenção em problemas prioritários em cada território;

d) definição de linhas prioritárias de pesquisa para a produção de conhecimento e de respostas às questões teórico conceituais do campo da saúde do trabalhador, de modo a preencher lacunas e produzir modelos teóricos que contribuam para a melhoria da promoção, da vigilância e da atenção à saúde dos trabalhadores;

e) incentivo à pesquisa e aplicação de tecnologias limpas e/ou com reduzido impacto à saúde dos trabalhadores e ao meio ambiente, bem como voltadas à produção de alternativas e substituição de produtos e processos já reconhecidos como danosos à saúde, e formas de organização de trabalho saudáveis;

f) estabelecimento de rede de centros de pesquisa colaboradores na construção de saberes, normas, protocolos, tecnologias e ferramentas, voltadas à produção de respostas aos problemas e necessidades identificadas pelos serviços, comunidade e controle social;

g) estabelecimento de mecanismos que garantam a participação da comunidade e das representações dos trabalhadores no desenvolvimento dos estudos e pesquisas, incluindo a divulgação e aplicação dos seus resultados; e

h) garantia, pelos gestores, da observância dos preceitos éticos no desenvolvimento de estudos e pesquisas realizados no âmbito da rede de serviços do SUS, mediante a participação dos Comitês de Ética em Pesquisa nesses processos.

§ 1º A análise da situação de saúde dos trabalhadores, de que trata o inciso II do "caput", compreende o monitoramento contínuo de indicadores e das situações de risco, com vistas a subsidiar o planejamento das ações e das intervenções em saúde do trabalhador, de forma mais abrangente, no território nacional, no Estado, região, Município e nas áreas de abrangência das equipes de atenção à saúde.

§ 2º No que se refere à análise da situação de saúde dos trabalhadores, de que trata o inciso II do "caput", dever-se-á promover a articulação das redes de informações, que se baseará nos seguintes pressupostos:

I - concepção de que as informações em saúde do trabalhador, presentes em diversas bases e fontes de dados, devem estar em consonância com os princípios e diretrizes da Política Nacional de Informações e Informática do SUS;

II - necessidade de estabelecimento de processos participativos nas definições e na produção de informações de interesse à saúde do trabalhador;

III - empreendimento sistemático e permanente de ações, com vistas ao aprimoramento e melhoria da qualidade das informações;

IV - compartilhamento de informações de interesse para a saúde do trabalhador, mediante colaboração intra e intersetorial, entre as esferas de governo, e entre instituições, públicas e privadas, nacionais e internacionais;

V - necessidade de estabelecimento de mecanismos de publicação e garantia de acesso pelos diversos públicos interessados; e

VI - zelo pela privacidade e confidencialidade de dados individuais identificados, garantindo o acesso necessário às autoridades sanitárias no exercício das ações de vigilância.

§ 3º O processo de capacitação em saúde do trabalhador, de que trata o inciso VI do caput, deverá:

I - contemplar as diversidades e especificidades loco-regionais, incorporar os princípios do trabalho cooperativo, interdisciplinar e em equipe multiprofissional e as experiências acumuladas pelos Estados e Municípios nessa área;

II - abranger todos os profissionais vinculados ao SUS, independente da especialidade e nível de atuação - atenção básica ou especializada, os inseridos em programas e estratégias específicos, como, por exemplo, agentes comunitários de saúde, saúde da família, saúde da mulher, saúde do homem, saúde mental, vigilância epidemiológica, vigilância sanitária e em saúde ambiental, entre outros;

III - considerar, sempre que possível, com graus de prioridade distintos, as necessidades de outras instituições públicas e privadas - sindicatos de trabalhadores e patronais, organizações não governamentais (ONG) e empresas que atuam na área de modo interativo com o SUS, em consonância com a legislação de regência; e

IV - contemplar estratégias de articulação e de inserção de conteúdos de saúde do trabalhador nos diversos cursos de graduação das áreas de saúde, engenharias, ciências sociais, entre outros além de outros que apresentem correlação com a área da saúde, de modo a viabilizar a preparação dos profissionais desde a graduação, incluindo a oferta de vagas para estágios curriculares e extracurriculares.

CAPÍTULO IV - DAS RESPONSABILIDADES

Seção I - Das Atribuições dos Gestores do SUS

Art. 10. São responsabilidades da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, em seu âmbito administrativo, além de outras que venham a ser pactuadas pelas Comissões Intergestores:

I - garantir a transparência, a integralidade e a equidade no acesso às ações e aos serviços de saúde do trabalhador;

II - orientar e ordenar os fluxos das ações e dos serviços de saúde do trabalhador;

III - monitorar o acesso às ações e aos serviços de saúde do trabalhador;

IV - assegurar a oferta regional das ações e dos serviços de saúde do trabalhador;

V - estabelecer e garantir a articulação sistemática entre os diversos setores responsáveis pelas políticas públicas, para analisar os diversos problemas que afetam a saúde dos trabalhadores e pactuar uma agenda prioritária de ações intersetoriais; e

VI - desenvolver estratégias para identificar situações que resultem em risco ou produção de agravos à saúde, adotando e ou fazendo adotar medidas de controle quando necessário.

Art. 11. À direção nacional do SUS compete:

I - coordenar, em âmbito nacional, a implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora;

II - conduzir as negociações nas instâncias do SUS, visando inserir ações, metas e indicadores de saúde do trabalhador no Plano Nacional de Saúde e na Programação Anual de Saúde, a partir de planejamento estratégico que considere a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora;

III - alocar recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política, aprovados no Conselho Nacional de Saúde (CNS);

IV - desenvolver estratégias visando o fortalecimento da participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social, incluindo o apoio e fortalecimento da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador (CIST) do CNS;

V - apoiar tecnicamente as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, na implementação e execução da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora;

VI - promover a incorporação de ações e procedimentos de vigilância e de assistência à saúde do trabalhador junto à Rede de Atenção à Saúde, considerando os diferentes níveis de complexidade, tendo como centro ordenador a Atenção Primária em Saúde;

VII - monitorar, em conjunto com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, os indicadores pactuados para avaliação das ações e serviços de saúde dos trabalhadores;

VIII - estabelecer rotinas de sistematização, processamento, análise e divulgação dos dados gerados nos Municípios e nos Estados a partir dos sistemas de informação em saúde, de acordo com os interesses e necessidades do planejamento estratégico da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora;

IX - elaborar perfil produtivo e epidemiológico, a partir de fontes de informação existentes e de estudos específicos, com vistas a subsidiar a programação e avaliação das ações de atenção à saúde do trabalhador;

X - promover a articulação intersetorial com vistas à promoção de ambientes e processos de trabalho saudáveis e ao acesso às informações e bases de dados de interesse à saúde dos trabalhadores;

XI - participar da elaboração de propostas normativas e elaborar normas pertinentes à sua área de atuação, com a participação de outros atores sociais como entidades representativas dos trabalhadores, universidades e organizações não governamentais;

XII - promover a formação e a capacitação em saúde do trabalhador dos profissionais de saúde do SUS, junto à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, bem como estimular a parceria entre os órgãos e instituições pertinentes para formação e capacitação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social, em consonância com a legislação de regência;

XIII - desenvolver estratégias de comunicação e elaborar materiais de divulgação visando disponibilizar informações do perfil produtivo e epidemiológico relativos à saúde dos trabalhadores;

XIV - conduzir a revisão periódica da listagem oficial de doenças relacionadas ao trabalho no território nacional e a inclusão do elenco prioritário de agravos relacionados ao trabalho na listagem nacional de agravos de notificação compulsória; e

XV - regular, monitorar, avaliar e auditar as ações e serviços de saúde do trabalhador, no âmbito de sua competência.

Art. 12. À direção estadual do SUS compete:

I - coordenar, em âmbito estadual, a implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora;

II - conduzir as negociações nas instâncias estaduais do SUS, visando inserir ações, metas e indicadores de saúde do trabalhador no Plano Estadual de Saúde e na Programação Anual de Saúde, a partir de planejamento estratégico que considere a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora;

III - pactuar e alocar recursos orçamentários e financeiros, para a implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, pactuados nas instâncias de gestão e aprovados no Conselho Estadual de Saúde (CES);

IV - desenvolver estratégias visando o fortalecimento da participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social, incluindo o apoio e fortalecimento da CIST do CES;

V - apoiar tecnicamente e atuar de forma integrada com as Secretarias Municipais de Saúde na implementação das ações de saúde do trabalhador;

VI - organizar as ações de promoção, vigilância e assistência à saúde do trabalhador nas regiões de saúde, considerando os diferentes níveis de complexidade, tendo como centro ordenador a Atenção Primária em Saúde, definindo, em conjunto com os municípios, os mecanismos e os fluxos de referência, contra-referência e de apoio matricial, além de outras

medidas, para assegurar o desenvolvimento de ações de promoção, vigilância e assistência em saúde do trabalhador;

VII - realizar a pactuação regional e estadual das ações e dos indicadores de promoção, vigilância e assistência à saúde do trabalhador;

VIII - monitorar, em conjunto com as Secretarias Municipais de Saúde, os indicadores pactuados para avaliação das ações e serviços de saúde dos trabalhadores;

IX - regular, monitorar, avaliar e auditar as ações e a prestação de serviços em saúde do trabalhador, no âmbito de sua competência;

X - garantir a implementação, nos serviços públicos e privados, da notificação compulsória dos agravos à saúde relacionados ao trabalho, assim como do registro dos dados pertinentes à saúde do trabalhador no conjunto dos sistemas de informação em saúde, alimentando regularmente os sistemas de informações em seu âmbito de atuação, estabelecendo rotinas de sistematização, processamento e análise dos dados gerados nos municípios, de acordo com os interesses e necessidades do planejamento desta Política;

XI - elaborar, em seu âmbito de competência, perfil produtivo e epidemiológico, a partir de fontes de informação existentes e de estudos específicos, com vistas a subsidiar a programação e avaliação das ações de atenção à saúde do trabalhador;

XII - participar da elaboração de propostas normativas e elaborar normas técnicas pertinentes à sua esfera de competência, com outros atores sociais como entidades representativas dos trabalhadores, universidades e organizações não governamentais;

XIII - promover a formação e capacitação em saúde do trabalhador para os profissionais de saúde do SUS, inclusive na forma de educação continuada, respeitadas as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, bem como estimular a parceria entre os órgãos e instituições pertinentes para formação e capacitação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social, em consonância com a legislação de regência;

XIV - desenvolver estratégias de comunicação e elaborar materiais de divulgação visando disponibilizar informações do perfil produtivo e epidemiológico relativos à saúde dos trabalhadores;

XV - definir e executar projetos especiais em questões de interesse loco regional, em conjunto com as equipes municipais, quando e onde couber; e

XVI - promover, no âmbito estadual, a articulação intersetorial com vistas à promoção de ambientes e processos de trabalho saudáveis e ao acesso às informações e bases de dados de interesse à saúde dos trabalhadores.

Art. 13. Compete aos gestores municipais de saúde:

I - executar as ações e serviços de saúde do trabalhador;

II - coordenar, em âmbito municipal, a implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora;

III - conduzir as negociações nas instâncias municipais do SUS, visando inserir ações, metas e indicadores de saúde do trabalhador no Plano Municipal de Saúde e na Programação Anual de Saúde, a partir de planejamento estratégico que considere a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora;

IV - pactuar e alocar recursos orçamentários e financeiros para a implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, pactuados nas instâncias de gestão e aprovados no Conselho Municipal de Saúde (CMS);

V - desenvolver estratégias visando o fortalecimento da participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social, incluindo o apoio e fortalecimento da CIST do CMS;

VI - constituir referências técnicas em saúde do trabalhador e/ou grupos matriciais responsáveis pela implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora;

VII - participar, em conjunto com o Estado, da definição dos mecanismos e dos fluxos de referência, contra-referência e de apoio matricial, além de outras medidas, para assegurar o desenvolvimento de ações de promoção, vigilância e assistência em saúde do trabalhador;

VIII - articular-se regionalmente para integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde quando da identificação de problemas e prioridades comuns;

IX - regular, monitorar, avaliar e auditar as ações e a prestação de serviços em saúde do trabalhador, no âmbito de sua competência;

X - implementar, na Rede de Atenção à Saúde do SUS, e na rede privada, a notificação compulsória dos agravos à saúde relacionados com o trabalho, assim como o registro dos dados pertinentes à saúde do trabalhador no conjunto dos sistemas de informação em saúde, alimentando regularmente os sistemas de informações em seu âmbito de atuação, estabelecendo rotinas de sistematização, processamento e análise dos dados gerados no Município, de acordo com os interesses e necessidades do planejamento da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora;

XI - instituir e manter cadastro atualizado de empresas classificadas nas diversas atividades econômicas desenvolvidas no Município, com indicação dos fatores de risco que possam ser gerados para os trabalhadores e para o contingente populacional direta ou indiretamente a eles expostos, em articulação com a vigilância em saúde ambiental;

XII - elaborar, em seu âmbito de competência, perfil produtivo e epidemiológico, a partir de fontes de informação existentes e de estudos específicos, com vistas a subsidiar a programação e avaliação das ações de atenção à saúde do trabalhador;

XIII - capacitar, em parceria com as Secretarias Estaduais de Saúde e com os CEREST, os profissionais e as equipes de saúde do SUS, para identificar e atuar nas situações de riscos à saúde relacionados ao trabalho, assim como para o diagnóstico dos agravos à saúde relacionados com o trabalho, em consonância com as diretrizes para implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, bem como estimular a parceria entre os

órgãos e instituições pertinentes para formação e capacitação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social, em consonância com a legislação de regência; e

XIV - promover, no âmbito municipal, articulação intersetorial com vistas à promoção de ambientes e processos de trabalho saudáveis e ao acesso às informações e bases de dados de interesse à saúde dos trabalhadores.

Seção II - Das Atribuições dos CEREST e das Equipes Técnicas

Art. 14. Cabe aos CEREST, no âmbito da RENAST:

I - desempenhar as funções de suporte técnico, de educação permanente, de coordenação de projetos de promoção, vigilância e assistência à saúde dos trabalhadores, no âmbito da sua área de abrangência;

II - dar apoio matricial para o desenvolvimento das ações de saúde do trabalhador na atenção primária em saúde, nos serviços especializados e de urgência e emergência, bem como na promoção e vigilância nos diversos pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde; e

III - atuar como centro articulador e organizador das ações intra e intersetoriais de saúde do trabalhador, assumindo a retaguarda técnica especializada para o conjunto de ações e serviços da rede SUS e se tornando polo irradiador de ações e experiências de vigilância em saúde, de caráter sanitário e de base epidemiológica.

§ 1º As ações a serem desenvolvidas pelos CEREST serão planejadas de forma integrada pelas equipes de saúde do trabalhador no âmbito das Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e das Secretarias Municipais de Saúde (SMS), sob a coordenação dos gestores.

§ 2º Para as situações em que o Município não tenha condições técnicas e operacionais, ou para aquelas definidas como de maior complexidade, caberá às SES a execução direta de ações de vigilância e assistência, podendo fazê-lo, em caráter complementar ou suplementar, através dos CEREST.

§ 3º O apoio matricial, de que trata o inciso II do caput, será equacionado a partir da constituição de equipes multiprofissionais e do desenvolvimento de práticas interdisciplinares, com estabelecimento de relações de trabalho entre a equipe de matriciamento e as equipes técnicas de referência, na perspectiva da prática da clínica ampliada, da promoção e da vigilância em saúde do trabalhador.

Art. 15. As equipes técnicas de saúde do trabalhador, nas três esferas de gestão, com o apoio dos CEREST, devem garantir sua capacidade de prover o apoio institucional e o apoio matricial para o desenvolvimento e incorporação das ações de saúde do trabalhador no SUS.

Parágrafo único. A execução do disposto no caput deste artigo pressupõe, no mínimo:

I - a construção, em toda a Rede de Atenção à Saúde, de capacidade para a identificação das atividades produtivas e do perfil epidemiológico dos trabalhadores nas regiões de saúde definidas pelo Plano Diretor de Regionalização e Investimentos (PDRI); e

II - a capacitação dos profissionais de saúde para a identificação e monitoramento dos casos atendidos que possam ter relação com as ocupações e os processos produtivos em que estão inseridos os usuários.

CAPÍTULO V - DA AVALIAÇÃO E DO MONITORAMENTO

Art. 16. As metas e os indicadores para avaliação e monitoramento da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora devem estar contidos nos instrumentos de gestão definidos pelo sistema de planejamento do SUS:

I - Planos de Saúde;

II - Programações Anuais de Saúde; e

III - Relatórios Anuais de Gestão.

§ 1º O planejamento estratégico deve contemplar ações, metas e indicadores de promoção, vigilância e atenção em saúde do trabalhador, nos moldes de uma atuação permanentemente articulada e sistêmica.

§ 2º As necessidades de saúde do trabalhador devem ser incorporadas no processo geral do planejamento das ações de saúde, mediante a utilização dos instrumentos de pactuação do SUS, o qual é um processo dinâmico, contínuo e sistemático de pactuação de prioridades e estratégias de saúde do trabalhador nos âmbitos municipal, regional, estadual e federal, considerando os diversos sujeitos envolvidos neste processo.

Art. 17. A avaliação e o monitoramento da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, pelas três esferas de gestão do SUS, devem ser conduzidos considerando-se:

I a inserção de ações de saúde do trabalhador, considerando objetivos, diretrizes, metas e indicadores, no Plano de Saúde, na Programação Anual de Saúde e no Relatório Anual de Gestão, em cada esfera de gestão do SUS;

II - a definição de que as ações de saúde do trabalhador, em cada esfera de gestão, devem expressar com clareza e transparência, os mecanismos e as fontes de financiamento;

III - o estabelecimento de investimentos nas ações de vigilância, no desenvolvimento de ações na Atenção Primária em Saúde e na regionalização como eixos prioritários para a aplicação dos recursos de saúde do trabalhador;

IV - a definição de interlocutor para o tema saúde do trabalhador nas três esferas de gestão do SUS;

V - a inclusão na Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) de ações e serviços de saúde do trabalhador;

VI - a produção de protocolos, de linhas guias e linhas de cuidado em saúde do trabalhador, de acordo com os níveis de organização da vigilância e atenção à saúde;

VII - a capacitação dos profissionais de saúde, visando à implementação dos protocolos, das linhas guias e das linhas de cuidado em saúde do trabalhador;

VIII - a definição dos fluxos de referência, contra-referência e de apoio matricial, de acordo com as diretrizes clínicas, as linhas de cuidado pactuadas na Comissão Intergestores Regional (CIR) e na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), garantindo a notificação compulsória dos agravos relacionados ao trabalho; e

IX - o monitoramento e avaliação dos indicadores de saúde do trabalhador pactuados, bem como o acompanhamento da evolução histórica e tendências dos indicadores de morbimortalidade, nas esferas municipais, micro e macrorregionais, estadual e nacional.

CAPÍTULO VI - DO FINANCIAMENTO

Art. 18. Além dos recursos dos fundos nacionais, estaduais e municipais de saúde, fica facultado aos gestores de saúde utilizar outras fontes de financiamento, como:

I - ressarcimento ao SUS, pelos planos de saúde privados, dos valores gastos nos serviços prestados aos seus segurados, em decorrência de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho;

II - repasse de recursos advindos de contribuições para a seguridade social;

III - criação de fundos especiais; e

IV - parcerias com organismos nacionais e internacionais para financiamento de projetos especiais, de desenvolvimento de tecnologias, máquinas e equipamentos com maior proteção à saúde dos trabalhadores, especialmente aqueles voltados a cooperativas, da economia solidária e pequenos empreendimentos.

Parágrafo único. Além das fontes de financiamento previstas neste artigo, poderão ser pactuados, nas instâncias intergestores, incentivos específicos para as ações de promoção e vigilância em saúde do trabalhador, a serem inseridos nos pisos variáveis dos componentes de vigilância e promoção da saúde e da vigilância sanitária.

Art. 19. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA

ANEXO I

ELEMENTOS INFORMATIVOS DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA

Os elementos informativos consistem na apresentação de conceitos e contextualização de termos e conteúdos explicativos e conformadores da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Tem como finalidade precípua conferir caráter pedagógico e orientador à Política.

1. A Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde - RENASES compreende todas as ações e serviços que o SUS oferece ao usuário para atendimento da integralidade que se inicia e se

completa na Rede de Atenção à Saúde, mediante referenciamento do usuário na rede regional e interestadual conforme pactuado na Comissão Intergestores Bipartite - CIB. A organização e a integração das ações e dos serviços de saúde sob a responsabilidade dos entes federativos em uma região de saúde, inclusive as de saúde do trabalhador, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência aos usuários do SUS é objeto do Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde.

2. A participação da comunidade é um princípio fundante do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecido na Constituição Federal de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde, tendo relevância e especificidades na Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Partindo deste princípio, a participação dos trabalhadores é essencial nos processos de identificação das situações de risco presentes nos ambientes de trabalho e das repercussões sobre a sua saúde, bem como na formulação, no planejamento, acompanhamento e avaliação das intervenções sobre as condições geradoras dos agravos relacionados ao trabalho.

Cabe às diversas instâncias do SUS assumir como legítima a participação da sociedade nas decisões envolvendo as políticas de saúde do trabalhador, estabelecendo-se relações éticas entre os representantes da comunidade, dos trabalhadores e do controle social, gestores e a equipe de saúde. A garantia da participação da comunidade e do controle social na formulação, no planejamento, no acompanhamento e na avaliação das políticas, contribui para o fortalecimento do exercício da cidadania pela sociedade.

3. Deve-se, no âmbito da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora observar a diretriz organizativa da descentralização, o que requer a consolidação do papel do Município como instância efetiva de desenvolvimento das ações de atenção à saúde do trabalhador em seu território, de acordo com as necessidades e características de suas populações.

4. No que toca à diretriz da hierarquização, a construção da atenção integral à saúde do trabalhador passa pela integração de todos os níveis de atuação do SUS, em função de sua complexidade e densidade tecnológica, considerando sua organização em redes e sistemas solidários e compartilhados entre as três esferas de gestão e conforme a pactuação estadual e regional.

5. O direito à saúde constitui-se num direito social derivado do direito à vida, estabelecido na Declaração Universal dos Direitos Humanos (Resolução 217ª, III, da Assembleia Geral da ONU, 10/09/1948). No Brasil, segundo a Constituição Federal de 1988, o direito à saúde é um direito social (Art. 6º) que decorre do princípio fundamental da dignidade humana (inciso III, Art. 1º), cabendo ao Estado garanti-la mediante políticas sociais e econômicas, que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Art. 196).

Dessa forma, é dever do poder público prover as condições e as garantias para o exercício do direito individual e coletivo à saúde, com a ressalva de que o dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade (art. 2º, parágrafo 2º da Lei Nº 8.080/90). A responsabilidade sanitária é comum às três esferas de gestão do SUS - federal, estadual e municipal, e deve ser desempenhada por meio da formulação, financiamento e gestão de políticas de saúde que respondam às necessidades sanitárias, demográficas e socioculturais das populações e superem as iniquidades existentes.

Nesse sentido, o caráter ético político da ação sanitária em saúde do trabalhador compreende o entendimento de que o objetivo e a justificativa da intervenção é a melhoria das condições de trabalho e saúde. Refere-se ao compromisso ético, que devem assumir gestores e profissionais de saúde nas ações desenvolvidas, tanto no que diz respeito à dignidade dos trabalhadores, ao direito à informação fidedigna, ao sigilo, no que couber, das informações relativas ao seu estado de saúde e a sua individualidade, quanto em relação ao direito de conhecimento sobre o processo e os resultados das intervenções sanitárias, e de participação, inclusive na tomada de decisões.

6. A incorporação do princípio da precaução nas ações de saúde do trabalhador considera que, por precaução, medidas devem ser implantadas visando prevenir danos à saúde dos trabalhadores, mesmo na ausência da certeza científica formal da existência de risco grave ou irreversível à saúde. Busca, assim, prevenir possíveis agravos à saúde dos trabalhadores causados pela utilização de processos produtivos, tecnologias, substâncias químicas, equipamentos e máquinas, entre outros. Requer na tomada de decisão em relação ao uso de determinadas tecnologias, que o ônus da prova científica passe a ser atribuído aos proponentes das atividades suspeitas de danos à saúde e ao ambiente.

7. A Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) é um dos componentes do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. Visa à promoção da saúde e a redução da morbimortalidade da população trabalhadora, por meio da integração de ações que intervenham nos agravos e seus determinantes decorrentes dos modelos de desenvolvimento e processos produtivos (Portaria GM/MS N° 3.252/09).

A especificidade de seu campo é dada por ter como objeto a relação da saúde com o ambiente e os processos de trabalho, abordada por práticas sanitárias desenvolvidas com a participação dos trabalhadores em todas as suas etapas. Como componente da vigilância em saúde e visando à integralidade do cuidado, a VISAT deve inserir-se no processo de construção da Rede de Atenção à Saúde, coordenada pela Atenção Primária à Saúde (Portaria GM/MS N° 3.252/09). Nesta perspectiva, a VISAT é estruturante e essencial ao modelo de Atenção Integral em Saúde do Trabalhador.

A Vigilância em Saúde do Trabalhador compreende uma atuação contínua e sistemática, ao longo do tempo, no sentido de detectar, conhecer, pesquisar e analisar os fatores determinantes e condicionantes dos agravos à saúde relacionados aos processos e ambientes de trabalho, em seus aspectos tecnológico, social, organizacional e epidemiológico, com a finalidade de planejar, executar e avaliar intervenções sobre esses aspectos, de forma a eliminá-los ou controlá-los (Portaria GM/MS N° 3.120/98). Apresenta como características gerais:

- O caráter transformador: a Vigilância em Saúde do Trabalhador constitui um processo pedagógico que requer a participação dos sujeitos e implica em assumir compromisso ético em busca da melhoria dos ambientes e processos de trabalho. Dessa maneira, a ação de VISAT deve ter caráter proponente de mudanças e de intervenção sobre os fatores determinantes e condicionantes dos problemas de saúde relacionados ao trabalho.

- A importância das ações de promoção, proteção e prevenção: partindo do entendimento de que os problemas de saúde decorrentes do trabalho são potencialmente preveníveis, esta Política deve fomentar a substituição de matérias primas, de tecnologias e de processos organizacionais prejudiciais à saúde por substâncias, produtos e processos menos nocivos. As

práticas de intervenção em VISAT devem orientar-se pela priorização de medidas de controle dos riscos na origem e de proteção coletiva.

- Interdisciplinaridade: a abordagem multiprofissional sobre o objeto da vigilância em saúde do trabalhador deve contemplar os saberes técnicos, com a concorrência de diferentes áreas do conhecimento e, fundamentalmente, o saber dos trabalhadores, necessários para o desenvolvimento da ação.

- Pesquisa-intervenção: o entendimento de que a intervenção, no âmbito da vigilância em saúde do trabalhador, é o deflagrador de um processo contínuo, ao longo do tempo, em que a pesquisa é sua parte indissolúvel, subsidiando e aprimorando a própria intervenção.

- Articulação intrasetorial: a Vigilância em Saúde do Trabalhador deve se articular com os demais componentes da Vigilância em Saúde - Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária, Vigilância em Saúde Ambiental, Promoção da Saúde e Vigilância da Situação de Saúde.

- Articulação intersetorial: deve ser compreendida como o exercício da transversalidade entre as políticas de saúde do trabalhador e outras políticas setoriais, como Previdência, Trabalho e Meio Ambiente, e aquelas relativas ao desenvolvimento econômico e social, nos âmbitos federal, estadual e municipal.

- Pluriinstitucionalidade: articulação, com formação de redes e sistemas no âmbito da vigilância em saúde e com as universidades, os centros de pesquisa e demais instituições públicas com responsabilidade na área de saúde do trabalhador, consumo e ambiente.

8. A promoção da saúde e de ambientes e processos de trabalho saudáveis deve ser compreendida como um conjunto de ações, articuladas intra e intersetorialmente, que possibilite a intervenção nos determinantes do processo saúde-doença dos trabalhadores, a atuação em situações de vulnerabilidade e de violação de direitos e na garantia da dignidade do trabalhador no trabalho. A articulação intra e intersetorial deve buscar a adoção de estratégias que viabilizem a inserção de medidas de promoção e proteção da saúde dos trabalhadores nas políticas, públicas e privadas, mediante a garantia da participação do setor saúde/saúde do trabalhador na definição das políticas setoriais e intersetoriais.

A indissociabilidade entre produção, trabalho, saúde e ambiente compreende que a saúde dos trabalhadores, e da população geral, está intimamente relacionada às formas de produção e consumo e de exploração dos recursos naturais e seus impactos no meio ambiente, nele compreendido o do trabalho. Nesta perspectiva, o princípio da precaução deve ser incorporado como norteador das ações de promoção da saúde e de ambientes e processos de trabalho saudáveis, especialmente nas questões relativas à sustentabilidade socioambiental dos processos produtivos.

Isto implica na adoção do conceito de sustentabilidade socioambiental, como integrador de políticas públicas, incorporando nas políticas de desenvolvimento social e econômico o entendimento de que a qualidade de vida e a saúde envolvem o direito de trabalhar e viver em ambientes saudáveis e com dignidade, e ao mesmo tempo, evitando o aprofundamento das iniquidades e das injustiças sociais. A dignidade no trabalho refere-se à garantia da manutenção de relações éticas e de respeito nos locais de trabalho, o reconhecimento do direito dos trabalhadores à informação, à participação e à livre manifestação. Compreende também o entendimento da defesa e da promoção da qualidade de vida e da saúde como valores absolutos e universais.

9. A integralidade da assistência à saúde se inicia e se completa na Rede de Atenção à Saúde, mediante referenciamento do usuário na rede regional e interestadual, conforme pactuado nas Comissões Intergestores, incluindo ações de promoção, vigilância, diagnóstico, tratamento, recuperação e reabilitação, a partir do reconhecimento das necessidades de saúde da população. Cumpre ressaltar que esta Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora tem como componente estruturante a Vigilância em Saúde do Trabalhador, a ser desenvolvida de forma articulada com os demais componentes da Vigilância em Saúde e, especialmente, com a Atenção Primária à Saúde.

A organização da atenção e o planejamento das ações de saúde do trabalhador devem contemplar as especificidades dos perfis das atividades produtivas e da população trabalhadora, considerando os problemas de saúde deles advindos, e sua distribuição nos territórios, em coerência à análise da situação de saúde dos trabalhadores.

10. Integração da Vigilância em Saúde do Trabalhador com os demais componentes da Vigilância em Saúde e com a Atenção Primária em Saúde:

- Considerando que a vigilância em saúde do trabalhador compreende um conjunto de ações e práticas que envolvem desde a vigilância sobre os agravos relacionados ao trabalho, tradicionalmente reconhecida como vigilância epidemiológica; intervenções sobre fatores de risco, ambientes e processos de trabalho, compreendendo ações de vigilância sanitária, até as ações relativas ao acompanhamento de indicadores para fins de avaliação da situação de saúde e articulação de ações de promoção da saúde e de prevenção de riscos, fica clara a existência de interfaces com os demais componentes da vigilância em saúde.

- Frequentemente os riscos advindos dos processos produtivos extrapolam os limites dos ambientes de trabalho e atingem, em maior ou menor grau, as comunidades e populações no entorno, ou até de locais mais distantes. Por outro lado, problemas de saúde, endemias e epidemias que atingem a população geral também afetam grupos de trabalhadores ou locais de trabalho específicos. Assim, pode-se observar certa superposição de ambientes, lugares e pessoas, que resultam na confluência de objetos e campos de atuação entre as vigilâncias epidemiológica, sanitária, em saúde ambiental e de saúde do trabalhador, incluindo o papel das redes, nacional e estadual, de laboratórios de saúde pública e dos setores responsáveis pelo acompanhamento e monitoramento das informações em saúde.

- O fortalecimento da capacidade de atuação e das competências técnicas e legais da vigilância em saúde do trabalhador e a integração das práticas entre as vigilâncias são, portanto, estratégias para a obtenção de melhores resultados na proteção da saúde dos trabalhadores.

- Por outro lado, considerando a integralidade do cuidado e seu papel estruturante no processo de construção da Rede de Atenção à Saúde, cabe também à Atenção Primária à Saúde o desenvolvimento de ações de VISAT, em seu âmbito de atuação e complexidade, e conforme o perfil produtivo e da população trabalhadora em seu território. Para viabilizar essas ações é fundamental a integração das vigilâncias com a Atenção Primária à Saúde.

- A nova política nacional de atenção básica preconiza a inserção de profissionais especializados como uma possibilidade de apoio matricial a ser desenvolvido pelo NASF, conforme sua nova regulamentação, o que demanda a articulação entre as equipes técnicas envolvidas nas ações de saúde do trabalhador.

11. Análise do perfil produtivo e da situação de saúde dos trabalhadores: o conhecimento da situação de saúde dos trabalhadores depende fundamentalmente da produção e sistematização das informações existentes em diversas fontes de dados e de interesse para o desenvolvimento das políticas de saúde do trabalhador, envolvendo o conhecimento sobre o perfil das atividades produtivas, da população trabalhadora, a realidade do mundo do trabalho, e a análise do perfil de morbimortalidade dos trabalhadores e de outros indicadores sociais, nos territórios.

A análise da situação de saúde dos trabalhadores visa subsidiar o planejamento e a tomada de decisão dos gestores nas diversas esferas de gestão do SUS, assim como servir aos interesses e necessidades dos trabalhadores e da população. Além disso, deve subsidiar a permanente avaliação das políticas públicas e privadas, das empresas, dos trabalhadores e seus sindicatos, contribuindo inclusive na revisão, atualização e proposição de normas técnicas e legais. Para tal, as informações devem ser oportunas, fidedignas, inteligíveis e de fácil acesso.

12. Considerando o princípio de que a saúde do trabalhador é uma ação transversal a ser incorporada em todos os níveis de atenção e esferas de gestão do SUS, a capacidade de identificação da relação entre o trabalho e o processo saúde-doença deve ser implementada desde a atenção primária até o nível terciário, na Rede de Atenção à Saúde, incluindo as ações de Vigilância em Saúde. Ao mesmo tempo em que estes níveis de atenção se estabelecem com a lógica operacional da hierarquização e da regionalização, deve-se buscar o seu funcionamento enquanto rede solidária, resolutiva e de compartilhamento de saberes, práticas e de produção de conhecimento.

13. Ações de Saúde do Trabalhador junto à Atenção Primária em Saúde (APS): A Atenção Primária em Saúde é ordenadora da Rede de Atenção à Saúde do SUS, conforme consta na Portaria GM/MS Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Neste sentido, as equipes da APS e de saúde do trabalhador devem atuar de forma articulada para garantir o desenvolvimento de ações no âmbito individual e coletivo, abrangendo a promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, a prevenção de agravos relacionados ao trabalho, o diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde.

A ação da APS é desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Assim, cabe à APS considerar sempre que os territórios são espaços sociopolíticos dinâmicos, com trabalhadores residentes e não residentes, executando atividades produtivas e de trabalho em locais públicos e privados, peri e intradomiciliares.

14. Ações de Saúde do Trabalhador junto à Urgência e Emergência: Os pontos de atenção às urgências e emergências constituem locus privilegiado para a identificação dos casos de acidentes de trabalho graves e fatais, incluindo as intoxicações exógenas, assim como para o devido encaminhamento das informações aos setores de vigilância em saúde (e vigilância em saúde do trabalhador).

Dada a frequência e gravidade desses casos, que são de notificação compulsória, aumenta a importância estratégica deste nível de atenção à saúde do SUS, possibilitando, a partir da notificação, o desencadeamento de medidas de prevenção e controle nos ambientes e locais de trabalho. Desse modo, a articulação desta Política com a Política Nacional de Urgência e Emergência e com a Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências, e seus desdobramentos nos estados e municípios, são estratégicos para a garantia da integralidade da atenção à saúde do trabalhador.

15. Ações de Saúde do Trabalhador junto à Atenção Especializada (Ambulatorial e Hospitalar): Considerando a lógica operacional da hierarquização e da regionalização das ações e serviços de saúde, os pontos de atenção especializada são essenciais para a garantia da integralidade do cuidado aos trabalhadores portadores de agravos à saúde relacionados ao trabalho. Assim, diagnóstico, tratamento e reabilitação desses agravos devem ser viabilizados na rede, conforme o perfil epidemiológico e as necessidades de saúde do trabalhador em cada região.

16. Fortalecimento e ampliação da articulação intersetorial:

- A atuação intersetorial é pressuposto constituinte da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora e condição para a obtenção de impactos positivos na intervenção nos determinantes das condições de saúde e trabalho.

- Deve ser entendida como a "... articulação entre sujeitos de setores sociais diversos, saberes, poderes e vontades, para enfrentar problemas complexos. É uma nova forma de trabalhar, de governar e de construir políticas públicas que possibilite a superação da fragmentação dos conhecimentos e das estruturas sociais para produzir efeitos mais significativos na saúde da população". (Rede Unida)

- Sua prática possibilita o estabelecimento de estratégias de planejamento conjunto e articulado entre as políticas públicas, de modo a garantir a transversalidade das questões de saúde do trabalhador, de forma complementar, cooperativa e solidária.

- A intersetorialidade permite o estabelecimento de espaços compartilhados entre instituições e setores de governos e entre diferentes esferas de governo - federal, estadual e municipal, que atuam na produção da saúde, na formulação, implementação e acompanhamento de políticas, públicas e privadas, que possam ter impacto sobre a saúde da população. Nos estados e municípios envolve órgãos dos governos locais, estaduais e municipais, estruturas derivadas dos ministérios que atuam nas regiões, tais como Superintendências Regionais do Trabalho e Emprego (SRTE), Superintendências Regionais do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) e unidades descentralizadas da Fundacentro, Ministério Público, universidades, centros de pesquisas, entre outros.

17. Estímulo à participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social:

- O fortalecimento e a ampliação da participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social, na formulação, no planejamento, na gestão e no desenvolvimento das políticas e das ações em saúde do trabalhador, devem considerar as configurações do mundo do trabalho, as mudanças nos processos produtivos e na estrutura sindical, e o crescimento das relações informais e precárias de trabalho.

- Isso requer a busca de alternativas para a ampliação da representação dos trabalhadores nas instâncias de participação e controle social. Dessa forma, além dos trabalhadores inseridos no mercado formal de trabalho e suas organizações sindicais, sugerem-se esforços que equacionem a participação de outras representações sociais que congreguem os trabalhadores de setores da economia informal, de produção agrícola, pescadores, comunidades tradicionais, trabalhadores rurais sem terra, quilombolas, trabalhadores autônomos e outros; dos empregadores; de grupos sociais e movimentos ambientalistas; com vistas à identificação de

soluções e compromissos que favoreçam a promoção e a proteção da saúde de todos os trabalhadores.

- A participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social em saúde do trabalhador deve ser concebida como parte do controle social do SUS e deve estar em consonância com os princípios e diretrizes da Política de Gestão Estratégica e Participativa do SUS.

18. Desenvolvimento e capacitação de recursos humanos

- A capacitação dos profissionais para o desenvolvimento das ações em saúde do trabalhador tem importância estratégica na operacionalização desta Política. Esta qualificação deverá considerar a necessidade de harmonização dos conceitos e valores, e de mudanças nos processos de trabalho e nas práticas de saúde das equipes multiprofissionais nas três esferas de gestão do SUS, de modo a operar efetivamente como redes de atenção solidárias e compartilhadas e na perspectiva de viabilização de apoio institucional e matricial.

- Esse processo - abrangendo as esferas cognitivas e das competências, habilidades e atitudes - deverá proporcionar a preparação de profissionais, em quantidade suficiente, envolvendo a qualificação nas dimensões da gestão, planejamento e acompanhamento, da vigilância de agravos e dos ambientes e processos de trabalho, da assistência (diagnóstico, tratamento e reabilitação), da produção de informações e comunicação em saúde e da organização dos serviços. Entre as habilidades a serem incentivadas, figura a de permanente diálogo com as demais instituições responsáveis pelas ações de saúde dos trabalhadores, os trabalhadores e os empregadores, para que se efetive o controle social.

19. Garantia do financiamento das ações de saúde do trabalhador

- O financiamento das ações de saúde é de responsabilidade das três esferas de governo, conforme o disposto na Constituição Federal e nas Leis nº 8.080, de 1990, e nº 8.142, de 1990. Por isso, o desenvolvimento da PNST no SUS deve ser garantido através das fontes de financiamento do próprio sistema de saúde, devendo ser contemplada de modo adequado e permanente nos orçamentos de saúde da União, Estados, Municípios e DF, além de outras fontes.

- As ações de saúde do trabalhador, a serem desenvolvidas conforme esta Política e as políticas estadual e municipal de saúde deverão contar com a respectiva previsão orçamentária, definida nos planos e nas programações anuais de saúde, nas três esferas de gestão do SUS.

- Para a garantia do financiamento, as ações de promoção e vigilância, de atenção à saúde do trabalhador, de educação permanente, entre outras, devem ser incluídas nos planos de saúde com especificação das respectivas necessidades orçamentárias e financeiras em cada um dos blocos de financiamento do SUS, conforme legislação específica, uma vez que as ações de saúde do trabalhador devem ser executadas por todos os pontos da rede, conforme a complexidade e densidade tecnológica de cada uma delas.

ANEXO G - Declaração de aprovação do CEP/UNITAU



PRPPG-Pró-reitoria de Pesquisa e Pós-graduação
Comitê de ética em Pesquisa
Rua Visconde do Rio Branco, 210 Centro Taubaté-SP 12020-040
Tel.: (12) 3625.4143 – 3635.1233 Fax: (12) 3632.2947
cepunitau@unitau.br

DECLARAÇÃO Nº 536/11

Protocolo CEP/UNITAU nº 559/11 (Esse número de registro deverá ser citado pelo pesquisador nas correspondências referentes a este projeto)

Projeto de Pesquisa: *Saúde do trabalhador: foco na formação e nas práticas de profissionais da vigilância sanitária*

Pesquisador(a) Responsável: Andréa Maria Giannico de Araujo Viana Consolino

Pesquisador(es) Aluno(s):

O Comitê de Ética em Pesquisa, em reunião de **09/12/2011**, e no uso das competências definidas na Resolução CNS/MS 196/96, considerou o Projeto acima **Aprovado**.

Taubaté, 08 de dezembro de 2011

Prof. Robison Baroni

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Taubaté