

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO**

LUZIMAR DOS SANTOS LUCIANO

**A FORMAÇÃO PELA TRILHA DA CLÍNICA DA ATIVIDADE NA
VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR**

**VITÓRIA
2014**

LUZIMAR DOS SANTOS LUCIANO

**A FORMAÇÃO PELA TRILHA DA CLÍNICA DA ATIVIDADE NA
VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR**

Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação do Centro de Educação da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial de avaliação para obtenção do título de Doutora em Educação, na Linha de Pesquisa História, Sociedade, Cultura e Políticas Educacionais.

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Elizabeth Barros de Barros.

**VITÓRIA
2014**



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO
DOUTORADO EM EDUCAÇÃO



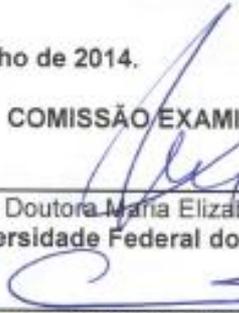
LUZIMAR DOS SANTOS LUCIANO

A FORMAÇÃO PELA TRILHA DA CLÍNICA DA ATIVIDADE NA VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR

Tese apresentada ao Curso de
Doutorado em Educação da
Universidade Federal do
Espírito Santo como requisito
parcial para obtenção do Grau
de Doutor em Educação.

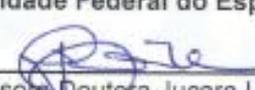
Aprovada em 24 de junho de 2014.

COMISSÃO EXAMINADORA

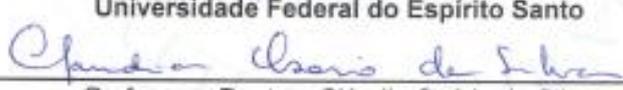


Professora Doutora Maria Elizabeth Barros de Barros
Universidade Federal do Espírito Santo

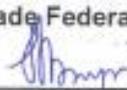
Professor Doutor Carlos Eduardo Ferraço
Universidade Federal do Espírito Santo



Professora Doutora Juçara Luzia Leite
Universidade Federal do Espírito Santo



Professora Doutora Cláudia Osório da Silva
Universidade Federal Fluminense



Professor Doutor Luiz Henrique Borges
Escola de Medicina da Santa Casa de Misericórdia- EMESCAM

FICHA CATALOGRÁFICA

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca Central da Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

L937f Luciano, Luzimar dos Santos, 1966-
A formação pela trilha da clínica da atividade na vigilância em
saúde do trabalhador / Luzimar dos Santos Luciano. – 2014.
230 f. : il.

Orientador: Maria Elizabeth Barros de Barros.
Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Federal do
Espírito Santo. Centro de Educação.

1. Saúde do trabalhador. 2. Trabalho – Formação. 3. Trabalho
– Saúde – Trabalho científico de campo. I. Barros, Maria Elizabeth
Barros de, 1951-. II. Universidade Federal do Espírito Santo.
Centro de Educação. III. Título.

CDU:37

A Luiza pelas aprendizagens no reinventar cotidiano e por ter sido uma das motivações que me levou a percorrer esta trilha na educação.

Aos profissionais que exercem a sua atividade na vigilância em saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS).

AGRADECIMENTOS

Neste momento, à guisa de finalização da escrita desta tese que compôs parte de um itinerário de quatro anos de formação no Doutorado em Educação na Universidade Federal do Espírito Santo, quero deixar o registro da minha gratidão a todos que estiveram envolvidos nesse processo. Esta pesquisa é fruto de uma produção coletiva de muitas palavras, ideias, conversas, encontros e afetos que foram importantes para a sua condução e concretude. Ficam aqui os meus agradecimentos.

Aos companheiros integrantes do Programa de Formação e Investigação em Saúde e Trabalho do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Subjetividade e Política (PFIST-Nepesp), pela acolhida, parceria e por todo processo de formação vivido nessa estação pfistiana. Agradeço a todos que estiveram comigo no início desta pesquisa e estão na atualidade. Muitos se foram, mas tiveram a sua importância nesta produção coletiva de um grupo potente coordenado pela professora Beth Barros. Obrigada: Ana Segatto, Ana Paula Louzada, Ana Paula Mattedi, Arieli Pacheco, Ana Rosa Murad, Beatriz Cysne Coimbra, Bernadeth Martins, Clever Manolo, Chyntia Perovano, Cristiana Bonaldi, Daniele Vasconcelos, Daniele Sá, Danuza Fonseca, Dulcinea Rosemberg, Élem Pimentel, Fabio Herbert da Silva, Jair Ronchi, Jésio Zamboni, Janaina Brito, Hervacy Brito, Juliana Arcanjo, Ivana Botelho, Maria Carolina Freitas, Pedro Henrique, Rafael Gomes, Rafael Kilian, Renata Junger, Suzana Pertinelli, Suzana Gotardo e Vívian Fernanda. Agradeço ainda a todos os alunos de iniciação científica que estiveram comigo ao longo desses anos.

Um afago especial para meus amigos da Turma 7 do Doutorado e também pfistianos: Janaina César Mariano e Uerberson Ribeiro Almeida. Foi muito bom conhecê-los e estar com vocês, cultivando uma amizade produzida a partir deste nosso encontro e também no compartilhamento dos seminários, pesquisas e artigos realizados. Com certeza é uma amizade que fica ao longo de nossas vidas.

À professora Dr^a Maria Elizabeth Barros de Barros, pelo privilégio e honra de ter sido sua orientanda e por você ter feito uma aposta nesta minha pesquisa. Obrigada pela sua paciência, atenção, cuidado, companheirismo, amizade, força, parceria de sempre e confiança. A sua estrela dançante nos contagia com sabedoria, energia, gentileza e generosidade. Você fez uma demarcação na minha vida, deu-me oportunidade e possibilidades de produzir outros olhares, criar novas conexões de reinvenção na vida neste processo de formação.

A Martha Helena Raizem e Roberta Gaier, pesquisadoras do PFIST que estiveram comigo nesta pesquisa. Obrigada pela disponibilidade, comprometimento, dedicação e carinho que a mim dedicaram na concretude deste trabalho. Também pelos encontros, de “dentro e fora” da pesquisa, regados de conversas que muito ajudaram nesse percurso.

À professora Dr^a. Heliana Conde Rodrigues pela oportunidade e aprendizagens nos encontros mensais foucaultianos. Aprendi a admirar o legado de Michel Foucault com as suas aulas e a utilizá-los como equipamento para a vida.

Aos professores que participaram da banca examinadora deste trabalho nos diversos momentos de sua etapa. Obrigada pelo aceite, disponibilidade, cuidado e contribuições preciosas na composição desta pesquisa: Dr. Carlos Eduardo Ferraço, Dr^a. Cláudia Osório da Silva, Dr^a. Dulcinéia Sarmiento Rosemberg, Dr^a. Juçara Luzia Leite, Dr. Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos, Dr. Luiz Henrique Borges e Dr. Túlio Alberto Martins de Figueiredo.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Educação pelas aprendizagens e oportunidade que tive em participar desse programa e olhar esse campo do conhecimento na condição de aluna. Também quero deixar o registro de meus agradecimentos aos demais trabalhadores que aí atuam. Obrigada pelo acolhimento de minhas demandas/solicitações e aos colegas da Turma 7 do Doutorado em Educação da Ufes.

Aos amigos(as) e colegas professores do Departamento de Enfermagem da Ufes, por me permitirem a concessão, por direito, de cursar o Doutorado integralmente afastada de minhas atividades docentes. Em especial, quero agradecer à chefia pregressa da professora Dr^a Denise Silveira de Castro e à chefia atual da professora Dr^a Maria Elisabete de Oliveira, pois sempre estiveram solícitas aos trâmites necessários em relação ao meu afastamento e cuidado. Aos professores Ms. Fátima Silva, Dr^a Nágela Valadão Cadé, Ms. Priscilla Silva, Ms. Thiago Nascimento do Prado e Dr. Túlio Alberto de Figueiredo que estiveram à frente das disciplinas nas quais estou inserida e por “tocarem o barco” sem mim. À professora Maria Cristina Ramos pelo incentivo para cursar o Doutorado em Educação e ter propiciado as pistas e os caminhos iniciais desse processo. As professoras Dr^a Maria Edla Oliveira Bringuente, Dr^a Paulete Maria Ambrósio Maciel e Dr^a Roseane Vargas Rohr pelas conversas, amizade e parceria regadas com muito afeto ao longo dos anos. Aos demais trabalhadores desse Departamento pelo carinho.

Agradeço à minha família pelo amor incondicional e pela rede de sustentação cotidiana. Aos meus pais Benedita e Lauro (*in memoriam*), pela vida e por terem apoiado irrestritamente minhas escolhas ao longo de minha existência, incentivando a busca do conhecimento. A João, marido sensível, alegre, companheiro, amigo, por abraçar comigo este projeto e promover meios para a sua realização. À minha filha, Luiza, por sempre estar comigo, falando com os olhos e corpo. Aos irmãos, Leomar, Lindomar, Laudimar e suas respectivas famílias, por estarem juntos nos momentos em que precisei nessa rede de apoio. A minha tia Dora por sempre me socorrer no dia a dia, ser meu apoio e base diante das adversidades que tivemos em muitos momentos e também pela sua disponibilidade de criar meios para estar junto a mim, dando todo o suporte necessário. A todos os demais familiares que de alguma maneira contribuíram com a minha caminhada durante esse percurso.

A Josy Bittencourt por resgatar, com a gramática, cartas, prosas, narrativas e poesia, a condução no modo de escrita desta tese. A Olga Andrade pela ajuda necessária. A Cléo Lobato pelas conversas sobre a tese, e a todas as amigas construídas nessa jornada.

Aos profissionais do Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador do Espírito Santo pela acolhida e também pela aposta nesta pesquisa. Às coordenações desse serviço que perpassaram todo o atravessar deste estudo, nas pessoas de Denise Rozindo Bourguinhon, Isabel Muniz de Almeida e Rivana Fernandes. Também a todos os seus trabalhadores, em especial: Emilia Carreiro Ribeiro, Eliane Vasconcellos, Kellen Leal, Lia Tamara, Liliane Graça Santana, Ludário Coli, Maria Senhora Leão, Rúbia Ferreira Bastos e Sheila da Silva.

Aos amigos de sempre pelo carinho, apoio, amizade. Também peço desculpas pelas ausências, mas sei o quanto compreenderam a situação. Uma menção especial para: Denise Bourguinhon, Denise Silveira de Castro, Ivana Silveira de Castro, afilhada Lívia de Castro Sarmiento, Giselle Saiter Nonato, Érico F. Malavasi, Liliane Santana, Maria Edla O. Bringuente, Paulete Ambrósio Maciel e Valmira dos Santos.

Aos mestres Rodrigo Perdigão e Adalvo Costa pela intervenção no momento de enfrentar uma situação relacionada com a saúde durante esse percurso e também pela oportunidade de minha iniciação em outras práticas de saúde naturais e integrativas.

A todos que atravessaram esse percurso comigo e atuaram para esta construção. A todas as forças do bem, às minhas divindades espirituais e, especialmente, a Deus, esta força poderosa e misteriosa de exercício de fé em que acredito, que comanda o Universo e nos faz conduzir os caminhos nessa missão que é a vida.

DE QUE CIÊNCIA SE TRATA?¹

*Se é das ciências que se faz a comprovação do fato objetivo,
capaz de gerar mirabolantes teses
e sustentar frenéticos paradigmas,
Didonde sai a legitimação do fato subjetivo que acomete o
sujeito acometido pelo objeto do desejo objetivo?
De que matemática sai o número três de terno e ternura?
E de que medicina sai a cura de dor de amor?
De que sociologia emana a razão de se estar só no cio?
E de que economia emana o eco do nome ausente?
De que cibernética flui o arrepio?
E de que antropologia flui o desamor tribal?
Há química que explique a necessidade de salivar
na boca do ente amado?
Há física que justifique corpos paralelos que se encontram
no infinito da paixão?
Há astronomia que conte mais estrelas do que se conta
no céu da boca de quem se ama?
Por certo que não há agronomia que agrimensione melhor que os
nossos olhos o latifúndio do corpo amado.
Como não deve haver oceanografia mais perfeita que a das
nossas línguas em navegação pelos oceanos da paixão.
Só a botânica chega perto da verdade científica, ao nos
revelar que no amor, quando não virmos árvore frondosa,
tornamo-nos folha seca levada pelo vento da saudade...*

(Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos)

¹ Poesia publicada no livro de poemas e ensaios "Saúde, trabalho, justiça" (2013).

RESUMO

Trata-se de uma pesquisa-intervenção com o objetivo principal de colocar em análise a atividade na vigilância em saúde do trabalhador ancorada nos pressupostos da formação pelo trabalho. Tem como aporte conceitual o referencial teórico-metodológico da clínica da atividade proposta por Yves Clot e colaboradores. A pesquisa foi realizada com a equipe multiprofissional que atua na vigilância em saúde do trabalhador do Centro de Referência Estadual em Saúde do Trabalhador do Espírito Santo (Cerest/ES). As rodas de conversa, a partir da clínica da atividade, foram a estratégia metodológica privilegiada. O gênero profissional vigilante em saúde do trabalhador, ao se confrontar com o estudo das diretrizes da clínica da atividade, foi produzindo deslocamentos que o levou a (re)pensar, analisar a sua atividade e o processo de trabalho no qual estava inserido. A cada encontro no diálogo com a clínica da atividade, eram experimentados os modos de como esses profissionais atuavam na vigilância, como também todo o atravessamento desse gênero na assistência aos trabalhadores, nas atividades educativas e gestão do trabalho. No desenvolvimento das rodas, ficou evidenciado o quanto esses encontros se tornaram equipamentos para esses profissionais. As atividades desenvolvidas produziram análise coletiva do trabalho e um processo de formação pelo trabalho. Buscaram incorporar os métodos utilizados pela clínica da atividade no cotidiano do Cerest dialogando com os efeitos desse processo. Nas rodas também emergiram propostas de mudanças na maneira como vinham ocorrendo as atividades realizadas, a gestão do trabalho nessa equipe e as estratégias de atuação na vigilância, ou seja, intervenção no processo de trabalho do grupo, produzindo potência para o poder de agir do gênero. O referencial teórico-metodológico da clínica da atividade foi um dispositivo de formação importante. Permitiu a experimentação e o desenvolvimento do gênero vigilantes em saúde do trabalhador na produção de análise da atividade, na constituição de uma clínica dialógica em transformação. Também possibilitou contemplar na análise as dimensões integrantes da atividade de trabalho, fazendo a interlocução para o encontro entre os saberes da experiência instituídos no cotidiano do serviço de saúde e o saber acadêmico na produção de conhecimento.

Palavras-chave: Clínica da atividade. Formação no trabalho. Vigilância em saúde do trabalhador.

ABSTRACT

This work is a research-intervention study whose main objective is to analyze the activity in health surveillance anchored on the assumptions of formation through labor. This research was supported by the conceptual theoretical framework of the Clinic of activity proposed by Yves Clot et al. This study was performed with a multidisciplinary team that works in the Work's Surveillance Reference Center of Espírito Santo State (Cerest/ES). The chat groups from the Clinic of Activity perspective were the prime methodological strategy. The activity surveillance genre in the professional worker's health by confronting the study with the clinical guidelines of the activity, produced unfoldings that led the workers to (re) think and analyze their activity, not to mention the working process in which they were involved. In every meeting in the dialog with the clinic of activity, not only ways on how they worked in the vigilance were experienced, but also the crossing of this kind of genre in assisting workers in educational activities and with the work management as well. As the chat groups were being developed, it was seen how these meetings have become a tool for those professionals. The activities developed produced a collective work analysis and a method of a forming process through activity. The workers sought to incorporate the methods used by the Clinic of Activity at Cerest's day by day, dialoguing with the effects of this process. Furthermore, from the rounds of conversation proposals for changes in how the activities were taking place also emerged, as well as the work management in that working team and the strategies pursued in the surveillance, i.e., an intervention in the working group process, producing then potency to the acting power of the genre. Thus, we consider that the theoretical framework of the Clinic of Activity was a major training device. It allowed us an experimentation and development of a vigilant genre in occupational health in the production of activity analysis, and the establishment of a clinic in dialogical transformation as well. It also enabled us to contemplate in the analysis the integrating dimensions of the work activity, then promoting the communication channels for the meeting between the knowledge of experience established in the daily health service and the academic knowledge in knowledge production.

Keywords: Clinic of activity. Formation at work. Worker's health surveillance.

RÉSUMÉ

Il s'agit d'une recherche-intervention dont le but principal c'est de mettre en analyse l'activité en ce qui concerne la surveillance de la santé du travailleur ancrée sur les présupposés de la formation par le travail. Cette recherche-intervention a eu, en tant qu'apport conceptuel, le référentiel théorique/méthodologique de la clinique de l'activité proposée par Yves Clot et ses collaborateurs. L'étude a été réalisée avec l'équipe multiprofessionnelle qui agit dans la surveillance, en question de santé, du travailleur du Centre de Référence en Santé de l'État de l'Espírito Santo (Cerest/ES). On a privilégié, comme stratégie méthodologique, les groupes d'entretien, à partir de la clinique de l'activité. Chaque fois que le genre professionnel surveillant en santé du travailleur a été confronté à l'étude des directives de la clinique de l'activité, il a produit, petit à petit, des déplacements qui ont mené à penser, à analyser son activité et les procédés de travail dans lequel ils étaient insérés. À chaque rencontre dans le dialogue avec la clinique de l'activité, étaient expérimentés les moyens d'action dans la surveillance ainsi que tout le parcours de ce genre dans l'assistance aux travailleurs, dans les activités éducatives et dans la gestion du travail qu'ils faisaient. En ce qui concerne le développement des groupes, il était évident combien ces rencontres étaient devenues des équipements pour le travail de ces professionnels. Les activités développées ont abouti dans une analyse collective du travail et un processus de formation par le travail. On a cherché à incorporer les méthodes utilisées par la Clinique de l'Activité dans le quotidien du Cerest, dialogant avec les effets de ce processus. Des groupes, sont également émergées des propositions de changement au sujet de la forme de produire les activités réalisées, la gestion du travail dans cette équipe et les stratégies d'action dans la surveillance, c'est-à-dire, intervention dans le processus du travail du groupe, produisant, par là, une certaine puissance pour le pouvoir d'agir du genre. De cette façon, nous considérons que le référentiel théorique/méthodologique de la clinique de l'activité a été un dispositif de formation important. Il a permis l'expérimentation et le développement du genre surveillant en santé du travailleur dans la production d'analyse de l'activité dans la constitution d'une clinique dialogique en transformation. Il a, également, rendu possible de contempler, dans l'analyse, les dimensions intégrantes de l'activité de travail, faisant, ainsi, la communication pour la rencontre entre les savoirs de l'expérience institués dans le quotidien du service de santé et le savoir académique dans la production de connaissance.

Mots-clés: Clinique de l'activité. Formation au travail. Surveillance en santé

LISTA DE SIGLA

ASO – Atestado de Saúde Ocupacional
CAT – Comunicação de Acidente do Trabalho
CEREST/ES – Centro de Referência Estadual de Saúde do Trabalhador/Espírito Santo
COSAT – Comissão de Saúde do Trabalhador
CNAM – Conservatoire National des Arts Méritiers
CUT – Central Única dos Trabalhadores
EMESCAM – Escola de Medicina da Santa Casa de Misericórdia
ENSP/FIOCRUZ – Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz
EXPOVIGES – Mostra de Experiências Bem-Sucedidas de Vigilância em Saúde no Estado do Espírito Santo
FUNDACENTRO – Fundação Jorge Duprat Figueiredo
HUCAM – Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes
IASES – Instituto de Atendimento Socioeducativo do Espírito Santo
INST/CUT – Instituto Nacional de Saúde e Trabalho/Central Única dos Trabalhadores
MS – Ministério da Saúde
MTE – Ministério do Trabalho e Emprego
NOST – Norma Operacional de Saúde do Trabalhador
NR – Norma Regulamentadora
OIT – Organização Internacional do Trabalho
OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde.
PST – Programa de Saúde do Trabalhador
PCMSO – Programa e Controle Médico e Saúde Ocupacional
PFIST/NEPESP – Programa de Formação e Investigação em Saúde e Trabalho/Núcleo de Estudo e Pesquisa em Subjetividade e Política
PPRA – Programa de Prevenção de Riscos Ambientais
PNST – Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora
RENAST – Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
SEMUS/PMV – Secretaria Municipal de Vitória- Prefeitura Municipal de Vitória
SESMT – Serviço de Segurança e Medicina do Trabalho
SINDIUPES – Sindicato dos Professores do Espírito Santo
SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS – Sistema Único de Saúde
UFES – Universidade Federal do Espírito Santo
UFF – Universidade Federal Fluminense
UNESCO- Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura.
VISA – Vigilância Sanitária
VISAT – Vigilância em Saúde do Trabalhador

SUMÁRIO

1 UM POUCO DE HISTÓRIA.....	16
1.1 NO (DES) COMPASSO DAS INQUIETAÇÕES.....	23
2 ENCONTROS PULSANTES DE UM GÊNERO EM FORMAÇÃO.....	35
2.1 A ESTRATÉGIA METODOLÓGICA.....	35
2.2 O CONFRONTO COM A CLÍNICA DA ATIVIDADE: A PRIMEIRA RODA.....	45
2.3 O CONFRONTO COM A CLÍNICA DA ATIVIDADE: A SEGUNDA E A TERCEIRA RODA.....	60
2.4 A RODA DE CONVERSA DAS PESQUISAS DA CLÍNICA DA ATIVIDADE NO BRASIL.....	70
2.5 A RODA DE CONVERSA QUE DEBATE A SAÚDE, TRABALHO E A CLÍNICA DA ATIVIDADE.....	78
2.6 A RODA DE CONVERSA DOS DISPOSITIVOS IMAGÉTICOS NA ANÁLISE DA ATIVIDADE.....	92
2.7 AS RODAS DE CONVERSAS DE ANÁLISE DA ATIVIDADE NA VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR.....	95
3 A FORMAÇÃO PELO TRABALHO NA VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR.....	126
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	143
REFERÊNCIAS.....	148
APÊNDICES.....	165
APÊNDICE A – CARTA A COORDENAÇÃO DO CEREST-ES.....	166
APÊNDICE B- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	167
ANEXOS.....	168
ANEXO A – PARECER COMITÊ DE ÉTICA.....	169
ANEXO B – ESQUEMA DESCRITIVO DA ANÁLISE DA ATIVIDADE.....	170
ANEXO C- PORTARIA Nº 3.120/1998.....	171
ANEXO D- PORTARIA Nº 1.679/2002.....	183
ANEXO E- PORTARIA Nº 777/2004.....	198
ANEXO F- PORTARIA Nº 2.728/2009.....	200
ANEXO G- PORTARIA Nº 1.823/2012.....	210

1 UM POUCO DE HISTÓRIA

O mundo deve ser feito de histórias. Porque são as histórias que a gente conta, que a gente escuta, recria, multiplica. São as histórias que permitem transformar o passado em presente e também permitem transformar o distante em próximo, ou seja, o que está distante em algo próximo, possível e visível (GALEANO, 2009).²

Ao assistir ao vídeo no qual Eduardo Galeano, jornalista e escritor uruguaio, conta momentos de sua vida e conjectura as experiências humanas, fui instigada a pensar e analisar minha trajetória profissional, em especial os rumos que me conduziram até aqui, para escrever os prolegômenos desta tese de Doutorado em Educação e ainda compartilhar, pelo viés acadêmico, dos entrecos do ofício que reconfigurou em mim um novo modo de pensar a vida. Será desse tecido sinuoso do pensamento, pelo qual também sou o objeto capturado de minhas próprias reflexões, que se confeccionou este trabalho. Ocorrência delineada a partir de questões que me estimulam na composição mútua: tanto a profissional como a pesquisadora em processo no campo da saúde coletiva e da saúde do trabalhador aqui se projetam como fonte de pesquisa. Áreas inseparáveis que compõem a minha inserção profissional no serviço de saúde e na docência.

Logo, cumpre dizer que, em variados momentos do texto aqui apresentado, haverá a mescla do viés dissertativo de uma tese com o relato da pessoa presente nessas linhas, cingida como uma marca inerente ao tema que proponho. Esta perspectiva da autorreferência no contexto profissional envolve meu ingresso na área de saúde e na criação de um campo problemático de pesquisa conexo à questão da saúde, trabalho e educação.

Sou formada em Enfermagem pela Universidade Federal do Espírito Santo em 1989/2 e, desde a graduação, suscitava em mim o desejo de caminhar profissionalmente para o campo do ensino e da saúde coletiva. Naquele momento, já me sentia mobilizada com as questões que envolviam uma atuação em saúde voltada à promoção e à prevenção de problemas que acometem as pessoas nos ambientes diversos da vida. Logo após a graduação, em 1990, iniciei uma

² Transcrição de um trecho da entrevista de Eduardo Galeano a Eric Nepomuceno, no Programa *Sangue Latino*. Rede Brasil (2009). Produção Urca filmes. Disponível em: <<http://canalbrasil.globo.com/programas/sangue-latino/>>. Acesso em: 29 nov. 2012.

especialização *lacto sensu* em Enfermagem do Trabalho, na Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Essa formação me levou a olhar/experimentar o mundo do trabalho de um outro modo. Produziam-se em mim desejos e efeitos de querer atuar nessa área e também de entender as formas de inserção do indivíduo no trabalho.

No ano de 1992, ingressei, mediante concurso público, como enfermeira do trabalho na Secretaria Municipal de Saúde de Vitória (Semus/PMV) e fui inserida no Programa de Saúde do Trabalhador (PST) daquele município para implantar, juntamente com uma equipe multiprofissional de recém-ingressos desse mesmo concurso público, o referido programa. Esse momento foi um marco para a sociedade capixaba, considerando que estávamos em fase inicial do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil e de introdução da política de saúde dos trabalhadores dentro desse sistema. Nesse mesmo ano, fui selecionada pela Semus/PMV para realizar um outro curso de especialização *lato sensu* em Saúde Pública, promovido pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/Fiocruz/RJ), em Vitória, com o objetivo de formar sanitaristas para compor esse novo modo de pensar e fazer saúde no Brasil, diante do movimento e efervescência do SUS.

Esse curso da área da saúde coletiva³ me possibilitou um encontro com as questões do coletivo de forma a agregar e sintonizar uma série de conhecimentos e experiências envolvendo políticas públicas de saúde associadas a ações pedagógicas e sociais que proporcionavam a transformação de um modelo de saúde que a sociedade vivenciava naquele momento histórico de início do SUS. Assim, atuei na militância das questões que envolviam a saúde do trabalhador com os demais atores que constituíam esse processo de construção no município de Vitória, no Estado do Espírito Santo.

A dinamização da vida, o cenário político, as mudanças, especialmente de governo, geraram novas composições à máquina institucional. Diante das situações

³ A saúde coletiva é um campo advindo da saúde pública, surgida a partir do movimento da democratização da saúde no Brasil e pelos engendramentos promovidos e efetivados pela reforma sanitária brasileira. Para Paim (2006), representa uma área de saber e prática social fruto desse movimento que se configurou a partir da articulação de quatro vetores: práticas técnicas, ideológicas, políticas e econômicas, desenvolvidos no âmbito acadêmico, nas instituições de saúde e pesquisa.

(im)postas no cotidiano⁴ da própria operacionalização do Programa de Saúde do Trabalhador (PST) do município de Vitória/ES e de suas dificuldades de inserção, houve necessidade de esse serviço de saúde reestruturar suas práticas. Uma delas era que tivesse uma abordagem de intervenção em nível estadual, considerando que era o único serviço no Estado, no contexto do SUS, naquele momento, que fazia assistência aos trabalhadores no âmbito da saúde.

Em um cenário de jogos de forças e engendramentos coletivos, participei, juntamente com uma equipe de trabalho, da operacionalização para a implantação do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador.⁵

A transformação do antigo “Programa de Saúde do Trabalhador” do município de Vitória em “Centro de Referência de Saúde do Trabalhador” foi efetivado a partir de um convênio técnico-político entre a Prefeitura de Vitória e o Governo de Estado. Um dos motivos basilares a essa formulação era que o “Programa de Saúde do Trabalhador (PST)” não só deveria assistir trabalhadores de Vitória como também de outros municípios da Grande Vitória, bem como de todo o Estado do Espírito Santo.

Dessa forma, havia necessidade de um serviço que pudesse dar acolhimento à demanda que chegava de outros locais, com maior resolutividade e comprometimento nas ações de vigilância aos locais de trabalho que, naquela época, apresentavam um grande entrave na sua operacionalização no cotidiano do programa, especialmente pela introdução desse tipo de ação no SUS.

Além desse fato, associam também os obstáculos causados pela incipiente intervenção do SUS, pelo predomínio de instituições que ainda tinham a supremacia de análise e fiscalização do ambiente de trabalho e pela falta de instrumentos legais

⁴ A terminologia cotidiano diz respeito aos sentidos produzidos cada dia. Este que está aberto aos encontros, os desencontros, ao previsível, imprevisível, constituídos dos acontecimentos de viver. No campo da saúde, essa terminologia não tem uma demarcação conceitual como na educação. Nesta, a pesquisa com o cotidiano se constitui uma corrente de pesquisa e tem como referência Alves (2012), Ferraço (2007), dentre outros. Zaccur (2003, p. 178), diz “[...] parece-nos impossível abarcar o cotidiano numa definição, até porque cada dia faz ressoar dias infinitos, imemoriais, mas também se abre ao acontecimento inesperado. O que interessa a pesquisa com o cotidiano é o invisível e dar visibilidade ao que conecta teias de relações, mesmo sabendo que nem sempre é possível”.

⁵ A constituição do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador foi descrita em um artigo por Bourguignon et al. (2001), em que narra a experiência de implantação desse serviço no Estado do Espírito Santo.

dos municípios para a realização de vigilância nos ambientes de trabalho, agravados ainda pelos jogos de forças e poder de instituições que tinham a hegemonia de análise e fiscalização do ambiente laboral, entre outros. Assim, mantive-me engajada às atividades relacionadas com a saúde do trabalhador no sentido de fortalecer a área da política de saúde no Estado, dentro de um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest/ES) até o ano 2000.

Em 1999, com a implantação do Mestrado em Saúde Coletiva, pelo Centro de Ciências da Saúde da Ufes, senti necessidade de me aprimorar. A partir do segundo semestre de 1999 até o ano de 2002, fui aluna do Mestrado em Saúde Coletiva da Ufes. Durante esse período, dediquei-me a esquadrihar um conjunto de questões inerentes ao trabalho no Centro de Referência de Saúde do Trabalhador e realizei a pesquisa intitulada: “O estresse cotidiano das pessoas adoecidas por lesões por esforços repetitivos/distúrbios osteomusculares relacionados com o trabalho: um estudo com trabalhadores do setor alimentício”. Essa pesquisa foi desenvolvida em um sindicato, saindo, assim, do âmbito estrutural e institucional de um serviço de saúde. Foram pungentes os efeitos produzidos, que provocaram inquietações tanto para mim quanto para os dirigentes sindicais da categoria estudada. Após a conclusão dessa pesquisa, projetos de intervenção foram desenvolvidos pelo sindicato, com a finalidade de promover uma atuação mais efetiva no trabalho, na produção de saúde e na redução de doença.

Quanto a mim, muitas questões do mundo do trabalho emergiram. O que sempre me instigou foi insistir em trilhas que pudessem acionar mecanismos de intervenção que produzissem efeitos nos processos de trabalho, contribuindo para a promoção da saúde, e buscar mecanismos de preservação e fortalecimento da pessoa para enfrentar e agir em frente ao adoecimento nos locais de trabalho. Diante de tal percurso, fui conduzida a vislumbrar e considerar a vigilância em saúde do trabalhador como um dos mecanismos de possibilidades de um caminho a ser percorrido.

Após a conclusão do Mestrado e o retorno ao serviço, fui realocada na Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória, na função de Referência Técnica em Saúde do Trabalhador. Essa nova função exigia um

redirecionamento de minha atuação profissional. Mesmo já conhecedora do objeto de trabalho na saúde do trabalhador, esse espaço novo na Secretaria de Saúde tornou-se um desafio, pois eu saía de uma área específica de saúde do trabalhador (centro de referência) para articular outras demandas da saúde. Assim, buscava fazer com que a saúde do trabalhador fosse conectada a outras políticas de saúde do município, desta vez no contexto das *vigilâncias epidemiológicas e sanitárias*,⁶ atendendo ao enfoque principal de promoção e prevenção. Foi uma oportunidade desafiadora, especialmente por vivenciar a fragmentação da política de saúde do trabalhador no âmbito ampliado das políticas de saúde.

Durante o período de atuação na vigilância (2002-2005), questões antigas e debatidas vinham à tona num campo de práticas desse serviço. Entre elas: como produzir saúde nos locais de trabalho diante das adversidades que se apresentam no contexto dos modos de produção no mundo capitalista? Quais estratégias adotar para evitar que os trabalhadores adoecessem? Quais ferramentas utilizar no sentido de aumentar a potência de vida desses sujeitos para lutar pela saúde em seus locais de trabalho? Como pensar a questão da vigilância nos processos de trabalho como espaço de potência para evitar o adoecimento? As possíveis respostas transformam-se em trilhas a percorrer para essas novas ações. Então, foi a partir das circunstâncias que se apresentavam no panorama do serviço supracitado que me dispus, munida de inquietudes, a me lançar ao manejo de estratégias de enfrentamento às situações até aqui descritas.

Diante dos rumos que a vida oferece, no final do ano de 2004, realizei um concurso público para compor o quadro de professor permanente da Ufes, no Departamento de Enfermagem, e, assim, ingressava na Universidade em março de 2005. Dessa forma, exonerei-me do vínculo empregatício até então mantido no serviço de saúde, mas, mesmo afastada do ponto inicial de minha profissão, sempre mantive diálogo

⁶ Vigilância Epidemiológica: é um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, detecção, prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar medidas de prevenção e controle de doenças e agravos. Vigilância Sanitária: conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção, circulação de bens e prestação de serviços de interesse a saúde (Lei nº 8.080/90). Atualmente os serviços de saúde têm adotado a terminologia e a prática de vigilância à saúde no sentido de não fragmentação das ações das vigilâncias.

com os colegas que lá se encontravam, no sentido de poder compartilhar as alegrias e tensões diárias desse serviço.

Como professora, fui designada inicialmente para a área de Enfermagem na Saúde do Adulto, disciplina que tem uma abordagem mais hospitalocêntrica (voltada para o cuidado a pessoas adoecidas com foco na assistência hospitalar), criando estratégias e fazendo *links* necessários com a questão da saúde/trabalho/doença, dentro do enfoque da saúde coletiva. Estive por dois semestres atuando na disciplina Educação em Saúde e também em uma disciplina optativa com outra docente, trabalhando na graduação a temática de saúde do trabalhador. O intento era levar essa discussão para o curso, que até então não havia conferido nenhum conteúdo no currículo da Enfermagem. Logo, minha inserção no Curso de Enfermagem da Ufes foi se produzindo coletivamente (com os alunos da graduação, da especialização em saúde coletiva e com os demais parceiros de trabalho), a partir de pesquisas ligadas à temática saúde/trabalho/educação e também com orientações a trabalhos de conclusão de curso de graduação e de especialização em saúde coletiva.

Na dinâmica dos trajetos que se movimentam, fui em busca da possibilidade de participar de um grupo de pesquisa que apresentasse como proposta a inserção e debate de questões que envolvessem saúde e trabalho. Então, tive a oportunidade de integrar o Programa de Formação e Investigação em Saúde e Trabalho (PFIST), ligado ao Núcleo Estudo e Pesquisa em Subjetividade e Política (Nepesp), vinculado ao Departamento de Psicologia da Ufes, no segundo semestre de 2008. A minha entrada no grupo aconteceu após uma conversa com a coordenadora, a Prof^a Dr^a Maria Elizabeth Barros de Barros, durante o lançamento do livro do grupo intitulado “*Trabalho e saúde do professor: cartografias do percurso*”.

O encontro com esse grupo me fez vislumbrar possibilidades e não me sentir mais isolada, ver outros horizontes em relação às inquietações que ainda me incomodam. No início, tudo recém-nascia: linguagem nova, interlocutores teóricos novos, um jeito novo de pesquisar, diferente de tudo que já havia experimentado na minha vida acadêmica até então.

Nessa oportunidade entrei num momento de discussão de uma pesquisa que estava sendo realizada com professores numa escola no município da Serra/ES. Desde então, fiquei a observar as engrenagens desse grupo dinâmico, potente e criativo, vivenciando todas as energias das discussões calorosas, estudando referenciais novos que, com o tempo, vão reverberando ainda mais sentidos.

No grupo, minhas indagações foram se corporificando, de forma a me sentir motivada para estudar, para fazer o diálogo com autores que de certa forma já conhecia, como Dejours, C. Canguilhem, Oddone, Wisner, Barros, Foucault e também com autores novos, como Clot, Schwartz, Kastrup, Benevides de Barros, Bergson, entre outros. Interessava-me, ainda, pelas produções dos participantes do grupo de pesquisa.

Nas idas e vindas das produções do grupo (PFIST-Nepesp), em seus diálogos e intercessões, experimentei um momento ímpar: o encontro textual com autoras que pesquisam a questão da vigilância em saúde do trabalhador no contexto teórico-metodológico da clínica do trabalho, como Osório da Silva (2002) e Santorum (2006). Nesse momento, senti que havia conexões entre o que se estudava no grupo e as minhas inquietações em relação à saúde do trabalhador. Ler essas autoras foi o “grande encontro” de modo a repensar os referenciais que marcam a clínica da atividade e fazem a conexão com a vigilância em saúde do trabalhador, pois o que se pesquisava ali produzia em mim efeitos de algo que vivenciava, como enfermeira do trabalho com o Cerest/ES e, na atualidade, como docente.

Perguntas continuam me instigando quando se fala em vigilância. Pelo foco desse movimento, redimensionei possibilidades, caminhos ainda a percorrer. Convoquei-me a cursar o Doutorado em Educação, a fim de pesquisar-intervir na área de vigilância em saúde do trabalhador, por meio de um processo formativo, e penso que esse pode ser um potente recurso de produção de saúde nos locais de trabalho, nessas trilhas de encontros e desencontros que cruzam e entrecruzam a área da saúde do trabalhador.

1.1 No (DES)COMPASSO DAS INQUIETAÇÕES

Mas seu descompasso com o mundo chegava a ser cômico de tão grande: não conseguira acertar o passo com as coisas ao seu redor (CLARICE LISPECTOR).

A saúde do trabalhador, como campo de conhecimentos variados e práticas da saúde coletiva, dialoga com várias disciplinas que compõem a área de Saúde, da Educação, das Ciências Sociais, dentre outras. Tais conexões são estabelecidas para conhecer, compreender, analisar e intervir na tríplice relação: trabalho, saúde e doença que, em tese, deveria produzir mecanismos para o entendimento da noção de trabalho, no que tange à sua relevância no processo da produção de saúde. Essa relação não ocorre de forma cadenciada; passa por amplitudes e frequências diversas sem relações harmônicas entre si, e são essas articulações dissonantes que acionam os espaços de problematização.⁷

Sob o enfoque de Lacaz (2007), no Brasil, a saúde do trabalhador tem como referência a classe operária industrial, pois tal categoria contribuiu de maneira notória, por meio de suas lutas, na construção dessa política. Erigia-se a resistência reivindicadora de garantias ao direito à saúde do trabalhador. Um momento de efervescência e transformações políticas e econômicas. A sociedade se reestruturava constantemente para atender a uma dinâmica necessária àquele período. A saúde do trabalhador é um campo de conhecimento que surge contrapondo-se ao enfoque conceitual da saúde ocupacional,⁸ no sentido de ampliar a concepção de saúde para além dos riscos nos ambientes de trabalho e inserir a determinação social do processo saúde-doença.

Nesse sentido, Minayo Gomez (2011) afirma que a saúde do trabalhador se direciona para uma conjuntura política de organização e de lutas pela redemocratização do Brasil, sobretudo a partir das décadas de 70/80, período que teve como marco o movimento da reforma sanitária brasileira e a

⁷ O termo aqui tratado baseia-se em Foucault (1984) que diz respeito a uma relação de construção com os sujeitos implicados ao redor dessa história. Não há possibilidade de dar respostas prontas e acabadas, e sim questionar o que está dado, contemplando as condições de sua constituição e, por essa via, produzindo outros movimentos e possibilidades (DREYFUS; RABINOW, 1995).

⁸ A saúde ocupacional amplia o enfoque da Medicina do Trabalho e assim se pauta em uma abordagem multidisciplinar, visando à intervenção em saúde para além do corpo, contemplando os riscos ambientais nos locais de trabalho, objetivando uma resposta racional/científica de atuação.

promulgação da Constituição Federal de 1988. Foi a primeira vez que uma Carta Magna brasileira situou a temática saúde do trabalhador como política de saúde no País. Antecedentes à Constituição, algumas ações já estavam sendo realizadas no sentido de considerar o trabalho um campo imprescindível para análise do processo de saúde-doença dentro do sistema de saúde pública. Como referência ao que está sendo descrito, temos os exemplos nos serviços de saúde na zona norte em São Paulo, em outros Estados do Brasil e em cidades como Porto Alegre, Rio de Janeiro e Salvador.

Estudiosos, como Maeno, Carmo (2005), Minayo Gomes, Machado e Pena (2011), assinalam que, com a promulgação da Lei Orgânica da Saúde nº. 8.080/90 e os seus desdobramentos em direção ao processo de descentralização das ações de saúde no País, vários municípios e Estados brasileiros iniciaram o processo de implantação dos serviços de saúde do trabalhador no SUS. Ao longo da década de 1990, várias iniciativas foram realizadas no sentido de consolidar a saúde do trabalhador no SUS. Dentre elas, a 2ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, em 1994; a elaboração da Norma Operacional de Saúde do Trabalhador (Nost), de acordo com a Portaria nº. 3.908/1998, a Portaria nº. 3.120/98, referente à Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador; e a Portaria nº. 1.339/99, que institui a listagem de doenças relacionadas com o trabalho. Apontamentos citados por Leão e Vasconcelos (2011), no livro “Saúde, trabalho e direito”, no capítulo 9º, referem-se à construção e à institucionalização da saúde do trabalhador no SUS.

Essas iniciativas colaboraram para que as ações nos serviços de saúde do trabalhador tivessem mais respaldo técnico operacional e também articulação no âmbito da saúde coletiva brasileira, considerando a existência de pouca penetração dos serviços de saúde do trabalhador nos outros programas de saúde já existentes.

Logo, as atividades em saúde do trabalhador nos serviços públicos caracterizavam-se por ações voltadas à assistência aos trabalhadores vítimas ou suspeitas de algum tipo de doença do trabalho. Algumas ações ainda postulavam a vigilância dos ambientes de trabalho, transversalizada por atividades de cunho

educativo, voltadas à formação constante de trabalhadores e profissionais da saúde. Tendo em vista a trajetória dos serviços de saúde, do ponto de vista histórico, as práticas de saúde acabam sendo fragmentadas e a assistência torna-se priorizada em muitos momentos em detrimento das demais ações (vigilância e educação), especialmente quando se refere ao campo de saúde e trabalho, fato este identificado por Lacaz (1997), Santos (2001) e Vasconcellos, Almeida e Guedes (2010).

A fragmentação das ações de saúde expressa nos estudos supracitados e também nos relatos dos profissionais que atuam no Cerest/ES se torna um grande obstáculo na operacionalização do serviço, já que as atividades deveriam se completar e se retroalimentar na configuração de um campo produtivo de saúde. As pesquisas de Machado (1997), Alves (2003) e Vasconcelos e Ribeiro (2011) também nos direcionam ao entendimento de que existe um campo de forças que constituem os fenômenos relatados, tais como: a cultura assistencialista ainda prevalente nos serviços, a relação do próprio conflito que se dá no embate diário quando nos referimos à vigilância nos ambientes de trabalho e também as dificuldades de metodologias que se façam presentes no trabalho em saúde do trabalhador, ou seja, a assistência individual à pessoa com algum problema relacionado com a saúde ligada ao trabalho se torna priorizada, dando um caráter curativo por conta dessa determinada ação.

Desse modo, o modelo clínico individual – tipo consultório – acaba tendo mais consistência e respaldo técnico na prática cotidiana, considerando ser uma atividade culturalmente determinada de certo(s) saber(es) profissional(is). Associado a isso há o fato da existência dos protocolos das doenças já estabelecidos científica e institucionalmente, o que reafirma esse “respaldo” nas atividades de assistência individual dos profissionais em relação à ação de vigilância do ambiente e também à política de produtividade da assistência colocada por alguns modelos de gestão em saúde, que implica uma análise voltada prioritariamente ao número de atendimentos individuais realizados pelo serviço.

Os autores referenciados argumentam ainda acerca da tensão e do conflito na área saúde e trabalho, do ponto de vista do poder político, econômico e social. Na realização da atividade de vigilância do ambiente de trabalho como também dos aspectos jurídicos legais relacionados com a atividade de fazer a vigilância, faltam códigos de saúde e/ou sanitários⁹ que contemplem essa ação em muitas cidades brasileiras. Entendo que essa falta de códigos não representa um fator que inviabiliza a realização de uma ação da vigilância por parte do SUS, mas, quando ela não existe, é um dificultador em muitas situações em que há necessidade de intervenção nos ambientes de trabalho. Ainda se vivenciam situações no Brasil de impedimento dos profissionais de saúde para exercerem a atividade de vigilância em alguns ambientes de trabalho por ação impetradas pelos empregadores ou seus representantes.

Os pesquisadores Leão e Vasconcelos (2011) reafirmam que, diante da situação contextualizada e da existência de uma dispersão das ações nos centros e nos programas de saúde do trabalhador no Brasil, técnicos da Comissão de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde (Cosat/MS), referendados por outros atores sociais, propuseram a criação de uma rede que agregasse, articulasse e integrasse os diversos programas e profissionais de saúde do trabalhador existentes nos Estados e municípios brasileiros.

Mesmo diante de um cenário de dificuldades, foi promulgada, pelo Ministério da Saúde, a Portaria nº. 1.679/2002-MS, que instituiu a Rede Nacional de Atenção Integral a Saúde do Trabalhador (Renast) e que foi atualizada no ano de 2009. A Renast é conceituada como uma rede nacional de informação e práticas, organizada com o propósito de programar ações assistenciais, de vigilância e de promoção à saúde. Rede estruturada a partir dos Cerest e de outros serviços de saúde do SUS.

O mesmo Ministério da Saúde, no sentido de incrementar a implantação dessa política, promulgou, em agosto de 2012, a Portaria nº. 1.823/MS, que institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. A referida

⁹ Representa um protocolo institucionalizado em cada instância municipal, estadual e do Distrito Federal, constituído de normas, diretrizes, ações prioritárias de saúde, assim como regulamentações e sanção.

legislação tem o objetivo de alinhar-se ao conjunto de políticas de saúde no âmbito do SUS, verificando a transversalidade das ações de saúde do trabalhador e a ênfase em considerar o trabalho como um dos determinantes no processo saúde-doença.

Diante desse cenário de vários tensionamentos e da minha inserção no acompanhamento de todo esse processo, visualizo a saúde do trabalhador como um campo problemático para pensar a proposta desta tese, que é colocar em análise a atividade na vigilância em saúde do trabalhador e entender essa atividade como campo de produção de saberes e práticas, portanto, um espaço de formação permanente no trabalho.

Identifiquei na vigilância um importante espaço e atividade para se pensar a proposta de investigação desta tese, que foi a constituição de um processo formativo, no compasso de uma Clínica do Trabalho, ancorada no referencial da Clínica da Atividade. As clínicas do trabalho têm como foco de investigação estudar a relação trabalho e subjetividade. Para Bendassolli e Soboll (2011), essa clínica representa um conjunto de teorias apresentado por uma diversidade epistemológica, teórica e metodológica, tendo como objeto comum a situação de trabalho onde emergem o sujeito, o trabalho e o meio. A clínica da atividade é uma das correntes das clínicas do trabalho. É um referencial de análise da atividade de trabalho teórica e metodológica apresentada por Yves Clot e colaboradores (2006, 2010a, 2010b, 2011). Envolve uma discussão complexa acerca dos processos de subjetivação, criação e, conseqüentemente, de produção de saúde nos ambientes laborais. A atividade de trabalho é compreendida como exercício coletivo que convoca os trabalhadores a (re)criar seus modos de condições de vida no cotidiano.

Nessa concepção, busquei, na atividade de vigilância, práticas de produção de saúde para “impulsionar os passos” e assim desbravar caminhos oscilantes, persistir, conquistando nesse descompasso um fortuito entrecho que permita uma intervenção na saúde do trabalhador. A compreensão da atividade, para Clot (2006), tem um sentido mais ampliado do que a ação e não é suficiente pensar na atividade como realização de uma tarefa concreta. Deve-se levar em

consideração que a atividade também é constituída de seu entorno não evidente, dos atos não realizados, dos que ficaram suspensos, das escolhas não feitas, das palavras não ditas.

A Vigilância em Saúde do Trabalhador (Visat), para Machado (2011, p. 67), “[...] é um campo da vigilância em saúde cuja característica singular de intervenção é sua ação na transformação do trabalho no sentido de promoção da saúde”.¹⁰ Refere-se a um conjunto de ações estratégicas de intervenção sobre os processos de produção, aproximando os diversos objetos comuns das práticas sanitárias oriundas da relação entre o trabalho e a saúde. Dentre as ações da vigilância, está a análise e a intervenção nos processos de trabalho. Penso numa vigilância que possa produzir bifurcação na produção de modos de atuar, que não seja apenas para detecção de riscos à saúde nos ambientes de trabalho, fiscalização e punição de uma dada circunstância, mas, também, um espaço de produção de saberes. O fato de a vigilância contemplar a análise da atividade laboral e dos processos de trabalho a conduz na premissa de ser um espaço precioso de formação permanente, considerando as práticas nos serviços de saúde do trabalhador.

A vigilância é uma importante atividade na saúde do trabalhador; estratégica, no sentido de ter como objeto principal de trabalho as ações de promoção à saúde. Para Lacaz, Machado e Porto (2002), a vigilância representa um conflito cotidiano, por questões que envolvem a própria operacionalização da atividade da vigilância: a) as situações da política de saúde que têm muitas vezes prioridade nas ações de assistência em detrimento da vigilância sem articular essas duas ações (vigilância e assistência) de forma complementar e retroalimentando-as; b) a necessidade de formação permanente dos profissionais; c) a prática de um modelo de vigilância em saúde do trabalhador voltado para uma visão dos riscos de ambiente, realizada a partir de normas e portarias dos Ministérios com fragilidades no controle social e pouca participação dos trabalhadores; e d) a falta de uma intervenção pela equipe interdisciplinar.

¹⁰ A promoção da saúde “[...] consiste na produção da saúde como direito social, equidade e garantia dos demais direitos humanos e de cidadania. Com o SUS esse conceito é retomado no sentido de construir ações que possibilitem responder as necessidades sociais em saúde, incidindo sobre as condições de vida e favorecendo a ampliação de escolhas saudáveis por parte dos sujeitos e coletividades no território onde vivem e trabalham” (ROUYQUAROL, 2012, p. 323).

As pesquisas de Santos (2001) e Santorum (2006) indicam outra questão que acredito fazer emergir uma situação de conflito nas ações de vigilância, que é o fato de essa atividade propiciar de forma corporificada os conflitos existentes na relação capital-trabalho. Essa situação faz com que os profissionais valorizem saberes científicos solidificados, embasados em normas de segurança, saúde e trabalho, em detrimento dos saberes dos trabalhadores. Além das dificuldades nos enfrentamentos com referência à realização da atividade em algumas empresas e instituições, muitas vezes há necessidade de um suporte judicial para tal atividade.

Aqui certamente lanço a aposta de que colocar em análise a atividade de vigilância em saúde do trabalhador, com os profissionais envolvidos nessa atividade, é uma dimensão importante na formação desses profissionais, pois os processos de trabalho são campo de produção de saber. O estudo realizado por Santorum (2006) reafirma essa questão, quando menciona que os sujeitos da investigação de sua pesquisa, que foram os vigilantes de saúde, expressaram a importância da metodologia de análise da atividade como processo formativo em suas práticas na saúde do trabalhador. Assim, tenho como proposta afirmativa problematizar as práticas dos serviços de saúde e sua função como espaço de formação, isto é, entender que os processos formativos ocorrem a todo momento e que as tramas são tecidas cotidianamente nesses cenários, onde se estruturam e se atualizam os processos de trabalho.

A formação no campo da saúde, especialmente na saúde do trabalhador, é pauta de discussão nos mais variados fóruns, sejam estes ligados à área de gestão, de assistência e vigilância. Essa formação hoje é uma agenda de importância e uma política de destaque do Ministério da Saúde, visto que a educação representa uma das estratégias para a transformação das práticas no Sistema Único de Saúde – práticas de gestão, de atenção em todos os níveis, controle social (ENSP/Fiocruz, 2009) e também para a implementação da Renast.

Ao longo dos anos de vigência do SUS, de sua emergência aos dias atuais, muitos caminhos têm sido trilhados no sentido de estruturar uma política de formação na área de saúde que permita enfrentar os desafios para a

concretização desse sistema, de modo que se modifiquem as práticas de saúde e os sujeitos nelas implicados. Na área de saúde do trabalhador, identifiquei, na formação hegemônica/formal de trabalhadores para o setor saúde, a atuação das Universidades Brasileiras e Instituições de formação nacionais com impacto na produção de conhecimento. Dentre essas, destaco a Escola Nacional de Saúde Pública do Instituto Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz); o Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde. Há outras instituições de caráter não governamental as centrais sindicais, como a Central Única de Trabalhadores (CUT), por meio do Instituto Nacional de Saúde e Trabalho (INST) e as Secretarias de Formação dos Sindicatos de Trabalhadores. Também existe a Fundação Jorge Duprat Figueiredo (Fundacentro) – instituição de pesquisa na área de segurança e medicina do trabalho vinculada ao Ministério do Trabalho. Ainda há os programas e centros de referências em saúde do trabalhador, que vêm se constituindo como importantes espaços na formação no SUS (ARAÚJO, 2001; MAENO; CARMO, 2005).

Diante da complexidade que envolve a saúde do trabalhador, penso que a formação não pode ser centrada numa mera capacitação de recursos humanos, mas numa proposta de educação voltada para a problematização, que se destaque pela intervenção na realidade que muitas vezes é nociva ao trabalhador e nesse passo se recriem, como num moto-contínuo, ambientes que promovam saúde e tornem os trabalhadores protagonistas de sua história.

Penso que a formação na área de saúde do trabalhador constitui um caminho que pode ser pavimentado na construção de maneiras possíveis que venham contribuir para pensar o trabalho e a transformação dos ambientes e das relações desse trabalho que causam agravos/doenças e morte de trabalhadores. Assim, a aposta para esta tese é trabalhar a formação em situação de trabalho com os profissionais que atuam na vigilância em saúde do trabalhador no Cerest/ES, no sentido de colocar em análise a forma de operar na vigilância, na tentativa de alargar os olhares e produzir inflexão nos modos de trabalhar nessa prática de saúde potencializando vidas. Na proposição de investigar a atividade na vigilância em saúde do trabalhador, junto com outros profissionais, e acompanhar

os processos formativos engendrados nessa atividade, busco a experimentação teórico-metodológica de interlocução com a clínica da atividade.

Ao ingressar no grupo de pesquisa (PFIST-Nepesp) e me deparar com as produções de conhecimentos emergidas da clínica da atividade, indagava: como viabilizar aos profissionais que atuam no serviço de saúde do trabalhador a apropriação dessas produções? Entendia que tais produções poderiam se constituir em dispositivo de formação dos profissionais. Foi um sentimento muito instigante e pensei, principalmente no primeiro momento, nos métodos utilizados pela clínica da atividade para o desenvolvimento de todo o processo que envolve a análise de trabalho e as intervenções produzidas. Por que os métodos? Algumas ferramentas de trabalho utilizadas no Cerest/ES, como o uso de imagens e diálogos com os trabalhadores, poderiam ser potencializadas diante desse referencial teórico-metodológico da clínica da atividade, pois esta se utiliza desses recursos de modo sistematizado e analítico nas atividades laborais. Tudo isso produzia uma sinergia, efeitos tais que provocavam em mim uma sensação entusiasmante e intensa. Embasada, portanto, por essa estimulante engrenagem de saberes, fui conduzida a entender a relevante contribuição desse aporte teórico-conceitual àqueles que estão nos serviços de saúde do trabalhador, produzindo cuidados e políticas públicas nesse campo de conhecimento.

Por certo alguns questionamentos me afligiram, porém tais ânsias me impulsionaram ainda mais a acompanhar o deslocamento que resulta nesse processo, seguindo uma trilha que me acena e me conduz a criar e recriar estratégias para a formação em saúde do trabalhador no SUS. Isso faz conjecturar acerca de uma imprescindível demanda: que sejam os trabalhadores principais atores na análise de seu processo de trabalho, considerando que são eles os conhecedores de sua atividade. Para tanto, ainda é preciso estabelecer estratégias e expedientes a partir das seguintes interrogações que salientam minha inquietude: quais os mecanismos e ferramentas podem ser trabalhados para produzir saúde nos espaços de trabalho e tornar as ações desses trabalhadores mais potentes? Como colocar em análise o processo do fazer ação de vigilância, embasada numa clínica do trabalho, ancorada num processo de formação em saúde?

Mobilizar-se para atender a tais questionamentos é acreditar na potência de se produzir saúde nos locais de trabalho. É confiar que a formação tem um papel importante nesse processo de produção de saúde, fazendo dessa mobilização uma tática constante no cotidiano e nos mais diversos espaços e eventos onde existe a convergência entre o humano e o trabalho. Nesse sentido, vou me ancorar no conceito de saúde defendido por Canguilhem (2007), pautado na capacidade de invenção de outras normas de vida, outros modos de viver autonomamente, tanto no sentido de preservar a saúde quanto no sentido de recuperá-la. “Estar com boa saúde é poder cair doente e se recuperar; é um luxo biológico” (p.150). Portanto, não é não adoecer, mas ter meios de estabelecer novos preceitos de vida, seja para recuperar a saúde, seja para protegê-la.

Para Canguilhem (2007), a saúde é uma conquista diária, é um combate às adversidades cotidianas. Nessa perspectiva, torna-se viável uma discussão sobre os processos de trabalho, sobre as infidelidades que se fazem presentes no contexto que envolve o campo da saúde do trabalhador, que demanda perceber o que de fato ocorre com a vida nesses espaços laborais e assim ampliar os modos de produção de saúde, para que não haja limites em seu aspecto biomédico. Encontram-se com muita frequência abordagens que priorizam os constrangimentos impostos pelas organizações e condições de trabalho que favorecem a luta pela saúde como luta contra o sofrimento. A clínica da atividade (CLOT, 2006, 2010ab), ao contrário, destaca a importância de construirmos caminhos para a ampliação do poder de agir dos trabalhadores como estratégia para o enfrentamento das condições de produção de sofrimento patológico no trabalho.

Trata-se de uma direção de análise em que as possibilidades de vida de uma relação inventiva com o trabalho passam a compor o eixo privilegiado de investigação. O foco, então, direciona para a atividade de trabalho tomado como fonte de criação e recriação, novas formas de viver-trabalhar. A atenção se volta, sobretudo, para as possibilidades de superação dos impasses a serem construídas pelos próprios trabalhadores (CLOT, 2006). Assim, seguirei tal premissa, que objetiva ampliar a potência do coletivo de trabalhadores em seus espaços de trabalho. A tarefa mais importante, na direção indicada pela clínica da

atividade, é inventar e reinventar instrumentos de ação para a superação concreta das situações adversas. Para Clot (2010b, 2011), o trabalho é um processo coletivo e singular de criação e recriação da história de um ofício e convoca os trabalhadores a essa criação cotidiana de modos de vida-trabalho. Consequentemente, as diversas formas de cooperação engendradas no trabalho exigem um modo de funcionamento no qual os conflitos e dificuldades sejam debatidos, acordados e superados.

Aposto, então, na premissa de que a formação em situação de trabalho na vigilância em saúde do trabalhador, pela via da clínica da atividade, pode contribuir para a implementação de políticas de saúde nessa área. O intento aqui é conferir, na proposta desta tese, o compromisso de esquadrihar a atividade de vigilância em saúde do trabalhador e ter como base propulsora a indagação: como se efetivam os processos formativos nessa atividade? Assim, enveredo um percurso para este estudo trazendo essa experiência de pesquisa com os profissionais da Visat, usando, como caminho metodológico, o referencial da clínica da atividade.

*Por isto é que agora vou assim...
no meu caminho.
Publicamente andando.
Não, não tenho caminho novo.
O que tenho de novo...
é o jeito de caminhar.
Aprendi (o que o caminho me ensinou)
a caminhar cantando...
como convém a mim
e aos que vão comigo,
pois já não vou mais sozinho.
(Thiago de Mello)*

2 ENCONTROS PULSANTES DE UM GÊNERO EM FORMAÇÃO

2.1 A ESTRATÉGIA METODOLÓGICA

Como já indicado, esta pesquisa-intervenção emerge da aposta de que o referencial teórico-metodológico da clínica da atividade é para este estudo uma estratégia de produção de outros e novos modos de pensar e fazer a atividade na vigilância em saúde do trabalhador, alicerçados na base da formação pelo trabalho na atividade de vigilância em saúde do trabalhador no Cerest/ES.

A concepção de pesquisa-intervenção foi formulada pela análise socioanalítica desenvolvida na França, durante as décadas de 60 e 70, para questionar a concepção de pesquisa até então realizada, fazendo emergir, nesse contexto, todo o jogo de interesses, forças e análises implicados (LORAU, 2004). Sua concepção dá-se por uma postura ético-política que busca romper com a produção do conhecimento advinda como uma ação de um sujeito sobre o objeto, do pesquisador sobre um campo de pesquisa.

Para Passos e Benevides de Barros (2009, p. 17), a intervenção é o próprio plano em que se realiza um “[...] mergulho na experiência que agencia sujeitos, objetos, teoria e prática num plano de produção denominado de coemergência”. Esse mergulho na experiência é entendido como saber-fazer, isto é, um saber que emerge do fazer e que ao mesmo tempo, modifica o fazer, assegura transformar-se para conhecer. Para Rocha e Aguiar (2003), a pesquisa-intervenção vem viabilizando a construção de espaços de problematização coletiva nas práticas de formação, potencializando a produção de um novo pensar/fazer educação.

Como estratégia para impulsionar a proposta do processo de pesquisa formação compartilhado com as profissionais da Visat busquei textos com estudos que versam sobre temas das clínicas do trabalho e da clínica da atividade, de autoria de pesquisadores dessa linha de pesquisa. Também foi realizada a análise da atividade de trabalho na Visat. O processo formativo foi constituído de uma trilha percorrida de configurações que se expressam nas múltiplas formas de ação, como produção de saberes e práticas sociais que instituem sujeitos, aprendizados

permanentes, trocas de experiências, produção de diálogos na análise da atividade e construção de caminhos possíveis, no sentido de transformar para compreender, de maneira a produzir uma inflexão nos modos de trabalhar na Visat.

O cenário de escolha foi a atividade de vigilância em saúde do trabalhador do Cerest/ES. Esse serviço tem como proposta a implantação da política de saúde do trabalhador no Estado do Espírito Santo, no sentido de descentralizar as ações para os municípios e operar a política estadual. O Cerest/ES operacionaliza, dentro de sua concepção de serviço no SUS, as atividades assistenciais de atendimentos a trabalhadores, a vigilância nos ambientes de trabalho, assim como gerencia o sistema de informação em saúde do trabalhador. Uma outra vertente de atuação é a sua função educativa que está ancorada na realização de ações de saúde com foco na orientação de trabalhadores e suas entidades representativas, realização de cursos, seminários, capacitação de profissionais na ótica da saúde do trabalhador e espaço de formação para cursos de graduação da área da saúde.

Atualmente exerce uma importante função, que é a formação das equipes de saúde dos municípios, na ótica da política de saúde do trabalhador, objetivando que os profissionais que atuam na atenção básica¹¹ de saúde possam assumir as prerrogativas expressas nessa política. O Cerest/ES também é o serviço estadual que realiza a formação das equipes dos centros regionais de saúde do trabalhador, que estão presentes nos municípios de São Mateus, Colatina, Vila Velha e Cachoeiro de Itapemirim, além de assessorar outros municípios do Estado que demandam ações na vigilância de saúde do trabalhador.

Na perspectiva de entendimento de o Cerest/ES ser um espaço relevante de atuação na saúde do trabalhador no Estado, o campo de pesquisa foi acionado (APÊNDICE A). O processo de entrada no Cerest/ES se iniciou no segundo semestre de 2011, período em que se pôde vivenciar o que estava acontecendo naquele momento. Inicialmente foi proposta uma reunião com a coordenação e demais profissionais, visando a identificar a viabilidade e operacionalização da

¹¹ Atenção básica é definida, na área da saúde, como a porta de entrada preferencial do SUS e o centro ordenador das Redes de Atenção a Saúde (RAS). Essa estruturação tem a função de promover uma melhor programação e planejamento das ações e serviços do sistema, visando à integralidade da assistência. Esse contexto da atenção básica está disposto no Decreto nº. 7.508/2011-MS. Dentre os manuais de atenção à saúde publicados pelo Ministério da Saúde, encontra-se o da saúde do trabalhador, constituído pela Cartilha nº. 5.

pesquisa. Esse fato ocorreu no mês de agosto do ano 2011. Ao fazer a proposta de trabalho ao grupo ali presente, alguns falaram: “*É muito bom esta reaproximação academia e serviço. A pesquisa aqui seria bem-vinda, e estamos abertos para a realização da pesquisa*”. A proposta desta pesquisa-intervenção aconteceria de modo a contribuir com os movimentos e paisagens que compunham o Cerest/ES naquele momento, segundo os profissionais.

No sentido de acompanhar os acontecimentos, estive presente em alguns momentos, de maneira mais assídua, no Cerest/ES (semanalmente), especialmente nas reuniões da equipe no ano de 2011. Em um determinado momento houve necessidade de dar uma pausa, diante das mudanças administrativas que estavam ocorrendo no local, como a troca da coordenadora e, obviamente, a sua estrutura organizacional, com repercussões advindas desse processo.

Ao longo de um período de seis meses (setembro/2011 a março/2012), houve três diferentes coordenadores na gestão daquele serviço (Cerest/ES), e esse fato também repercutiu no processo de pesquisar, porque novas composições com a coordenação tiveram de ser realizadas e, em alguns momentos, ocorreram outras paradas em decorrência da inviabilidade de pensar uma proposta grupal, o que se configurou como um momento de suspensão das atividades. Mesmo assim, ao longo desse tempo de mudanças, as conversas foram mantidas por meio de telefone, *e-mails* e reuniões mais esporádicas.

Em março de 2012, assume uma nova coordenação, sob a direção de uma profissional que não compunha o grupo que atuava no Cerest/ES, mas trabalhava questões da saúde do trabalhador na Secretaria de Estado da Saúde (Sesa), por meio do Núcleo Estadual de Saúde do Trabalhador,¹² criado em 2010. Assim, um novo aquecimento foi necessário no sentido de manter acesa a proposta da pesquisa. Diante desse fato, houve novas reuniões com a coordenação, toda a

¹² O Núcleo Estadual de Saúde do Trabalhador é uma instância organizativa situada dentro da Vigilância Sanitária que atua, em composição com o Cerest/ES, na formulação da política estadual de saúde do trabalhador. A diferença entre ambos é que esse espaço age no gerenciamento da política, e o Cerest/ES está vinculado a esse núcleo, no sentido de operacionalizar essa política, por meio dos atendimentos a trabalhadores suspeitos ou com doença do trabalho instalada, assim como executar atividades de vigilância nos ambientes de trabalho, no sistema de informação em saúde do trabalhador com ações educativas.

equipe do Cerest/ES, incluindo todos os profissionais (a equipe administrativa e a equipe técnica) e, mais uma vez, foi apresentada a proposta da pesquisa. As falas reincidiram: *vai ser algo bom para o serviço; é uma forma de motivação para gente e também de estudar sobre a questão*. Diante de muitas idas e vindas, foi pactuado com o grupo que a pesquisa seria realizada naquele serviço. Diante de muitos entraves, houve momentos em que essa possibilidade não se colocava como viável e “quase” ocorreu mudança de local para a operacionalização da pesquisa.

Diante do projeto inicial e das conversas com o grupo de profissionais do Cerest/ES, surgiu, então, a proposta para se trabalhar com a equipe de atuação na atividade de vigilância em saúde do trabalhador, constituída de uma equipe multiprofissional com os seguintes profissionais: assistente social, enfermeira do trabalho, engenheiro de segurança do trabalho, fonoaudióloga, médica do trabalho, psicóloga e terapeuta ocupacional. Esse grupo de profissionais constitui a denominada equipe técnica. Todos têm formação na área de saúde do trabalhador, associada a outras especializações, como epidemiologia, ergonomia, engenharia ambiental, dentre outras. Uma das profissionais tem formação, em nível de Mestrado, em Saúde Coletiva. Parte do grupo atua na saúde do trabalhador desde 1992, no antigo Programa de Saúde do Trabalhador, do município de Vitória que, posteriormente, se transformou no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador.

Com relação ao tempo de atuação da equipe, a média era de 17 anos de trabalho nessa área. O que se desviou do padrão de tempo de atuação na saúde do trabalhador foi o tempo de atuação da fonoaudióloga, que havia ingressado há menos de uma semana, a partir do início do grupo, via contrato temporário no Cerest/ES, em substituição a uma profissional (fono) que havia atuado no local por 13 anos. Essa profissional recém-contratada, mesmo com pouquíssimo tempo naquela equipe, tinha experiência de trabalho na saúde e na vigilância por mais de 20 anos.

Em um primeiro momento na formulação do projeto até o exame de Qualificação I, do Doutorado, pensei na perspectiva de uma pesquisa-intervenção desenhada pela via de dois caminhos estratégicos: grupo de estudo com a temática: clínica do

trabalho – clínica da atividade e a participação em uma ação de vigilância em uma experiência concreta de trabalho.

A denominação inicial “grupo de estudos” foi definida pelas profissionais da Visat, desde a fase inicial de conversas com a coordenação do Cerest/ES, durante a apresentação do projeto de pesquisa (APÊNDICE B). No primeiro momento, foi mantida essa lógica, até porque eu não tinha clareza da dimensão em que esse grupo poderia se constituir. Ficou firmada a realização de um grupo de estudos com o objetivo de atender à necessidade dos profissionais daquele serviço de conhecer os aportes teórico-metodológicos da clínica da atividade e as suas possibilidades de uso como instrumento de trabalho na vigilância e na formação de trabalhadores nos municípios. Pensei, ainda, na viabilidade de fazer operar a política de educação permanente do SUS por meio da formação no trabalho e, também, como uma estratégia de manter o grupo aquecido em relação ao tempo necessário quanto aos trâmites de viabilização para se fazer uma ação de vigilância em uma experiência concreta de trabalho com os profissionais da Visat. A ideia era usar os recursos metodológicos da clínica da atividade em uma situação concreta, como havia pensado na elaboração inicial do projeto de pesquisa, além do tempo necessário para aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Ufes (ANEXO A).

Com o exame de Qualificação I e diante dos movimentos que estavam ocorrendo no próprio processo de pesquisa, foi mantida a proposta de dar continuidade ao chamado grupo de estudos com a temática da clínica da atividade. As profissionais da vigilância já davam pistas de que o processo de pesquisa-intervenção já estava acontecendo, uma vez que as experiências eram relatadas e vivenciadas nas rodas de conversa. Desse modo, a segunda proposta inicial do projeto, que seria a realização de uma ação de vigilância usando os métodos da clínica da atividade numa experiência concreta de trabalho, foi descartada.

No decorrer do processo, o grupo de estudos foi se modelando e delineando os caminhos da pesquisa. Os encontros aconteciam quinzenalmente e tinham como dispositivo um texto com a temática clínica do trabalho/atividade, que era selecionado por mim. Essa seleção prévia se dava pela minha experiência

formativa com o grupo de pesquisa do qual participo (PFIST-Nepesp).¹³ Nos dois primeiros encontros, ocorreu a seleção de textos básicos, de modo a focalizar as bases conceituais das clínicas do trabalho. A partir desses, foram trazidos para conversa a produção textual específica do referencial teórico-metodológico da clínica da atividade. À medida que os encontros se concretizavam, novas pistas eram acionadas para a escolha dos textos das próximas reuniões e discussão de temas, visando a disparar os diálogos e convocar o grupo para análises dos modos como a atividade na vigilância era realizada.

Para a atividade em rodas, as participantes da pesquisa xerocavam os textos e, na maioria das vezes, faziam a leitura prévia, individual ou em duplas, de acordo com os horários e disponibilidade de cada profissional e, posteriormente, iam para as rodas de conversas. Portanto, havia um investimento de tempo e dedicação em suas leituras anterior ao encontro nas rodas. Pontuavam as questões que as afetaram durante o processo de estudo e o diálogo com a sua prática profissional. As participantes foram assíduas ao longo dos dez encontros programados e realizados na condução desta pesquisa.

Em conversas com os pares do grupo de pesquisa (PFIST-Nepesp/Ufes), e na orientação coletiva, comecei a perceber que o processo de pesquisar se tornava laborioso. Entendi que o grupo se constituiu como dispositivo para acionar as análises nos modos de trabalhar na vigilância em saúde do trabalhador, usando como estratégia os textos referentes da clínica do trabalho/da atividade e, assim, os diálogos produzidos por meio das rodas de conversas possibilitaram a condução da pesquisa.

Após a primeira roda com as profissionais da Visat, foi realizada uma conversa com o grupo de pesquisa (PFIST/Nepesp) para falar das experiências vividas e colocar em análise as minhas implicações no processo, como também a importância do compartilhamento da experiência com outros pesquisadores.

Diante das conversas nos momentos de orientação coletiva, pensamos na possibilidade de duas pesquisadoras se integrarem à equipe do estudo. Realizado

¹³ PFIST-Nepesp - Programa de Formação e Investigação em Saúde e Trabalho, vinculado ao Núcleo de Estudos e Pesquisas em Subjetividades e Políticas da Universidade Federal do Espírito Santo.

o convite as duas pesquisadoras, considerando a disponibilidade delas, imediatamente se dispuseram a participar. Foi colocado para essas novas integrantes o percurso feito até então, os acontecimentos importantes, a proposta para a segunda roda de conversa e o que estava sendo construído com o grupo de pesquisa.

Portanto, na realização da pesquisa, ocorreu a participação de mais duas pesquisadoras do Nepesp-PFIST que estiveram presentes nesse segundo encontro (rodas de conversas) com as profissionais da vigilância do Cerest/ES.

No total, foram realizados dez encontros, no período de junho a dezembro de 2012. Todos foram gravados, transcritos. Também utilizei um diário de campo como recurso de apoio. Durante o processo de trabalhar e analisar os dados, permaneci na condição de escuta, atenta às falas, aos sussurros, aos choros, aos silêncios, aos movimentos, às conversas, às escapatórias do texto, a todo o processo vivido cada dia.

Na perspectiva de construir um caminho e abrir atalhos que pudessem sustentar os encontros em grupos e a produção do diálogo, escolhi o método da roda de conversa na condução desta pesquisa, cujo delineamento se traduz por meio da referência de Campos (2007), em seus estudos na área da saúde coletiva.

Campos (2007) descreve que a roda de conversa é uma das diretrizes metodológicas muito usadas em pesquisas na saúde. Constitui-se com frequência em produções acadêmicas de várias temáticas, especialmente sobre acolhimento, humanização e formação pelo trabalho na educação permanente. Destaco as pesquisas de Teixeira (2003, 2012) e Cardoso (2012), dentre outros, que também elegeram esse método de pesquisa.

Na concepção de Teixeira (2013, p. 5), o uso da conversa em pesquisa é afirmado como técnica metodológica e deve ser incentivado e valorizado:

[...] técnicas de conversas foram e continuam a ser inventadas e desenvolvidas por diferentes povos, religiões, sistemas políticos, sociedades, profissões, ofícios, serviços, comunidades e pequenos grupos, e com todas elas podemos enriquecer nosso repertório e buscar inspiração para nossas buscas e criações. Algumas delas se destacam, justamente, por seu enorme potencial democrático. Contudo, como são,

muitas vezes, técnicas muito antigas e que operam num quadro de instituições tradicionais, são muito pouco consideradas pelos nossos tão imperfeitos quanto arrogantes sistemas democráticos ocidentais.

As rodas de conversas são usadas como recurso metodológico também em outras áreas do conhecimento. Petit (2012), em suas reflexões sobre as rodas de conversas como fonte de estudo nos movimentos sociais, relata ser essa modalidade de pesquisa muito utilizada na área pedagógica, especialmente no ensino de línguas, literatura, matemática, história e geografia. Também descreve o uso dessa metodologia de pesquisas históricas e sociológicas.

No editorial do periódico, Teias (2010), Alves e Houssey (2010) utilizam-se do pensamento de Borges e Ferrari (2009, p. 27) para disparar um diálogo com a “conversa”, enfocando a origem e os diversos percursos em que uma conversa pode se abrir e alargar. Visibilizam para o leitor a importância da conversa e todo o movimento de produção de ideias, conhecimentos, efeitos e tessituras que essa conversa evoca na produção científica.

No epílogo do livro “Pedagogia (improvável) da diferença e se o outro não estivesse aí?”, de autoria de Carlos Skliar (2003), Larrosa (2003) traz um texto intitulado “A arte da conversa”. Descrevendo a obra do Skliar, Larrosa (2003, p. 212-213) dialoga com o seu leitor e convoca a uma análise da função da conversa nos diversos movimentos que se vivenciam na vida, inclusive na atividade de pesquisa:

[...] nunca se sabe aonde uma conversa pode levar [...] uma conversa não é algo que se faça, mas algo no que se entra [...] e ao entrar nela, pode-se ir aonde não havia sido previsto [...] e essa é a maravilha da conversa [...] que, nela, pode-se chegar a dizer o que não queria dizer, o que não sabia dizer, o que não podia dizer [...]. E mais ainda, o valor de uma conversa não está no fato de que ao final se chegue ou não a um acordo [...] pelo contrário, uma conversa está cheia de diferenças e a arte da conversa consiste em sustentar a tensão entre as diferenças [...] por isso, em uma conversa não existe nunca a última palavra [...] por isso uma conversa não termina. simplesmente se interrompe [...] e muda para outra coisa.

Retornando à concepção de Campos (2007, p. 26), as rodas de conversas dão potência à produção de sujeitos e de coletivos organizados. Assim, busca incluir o sujeito no trabalho em saúde e leva-o a fazer saúde coletiva com as pessoas e não sobre as pessoas. O trabalho com as rodas diz respeito ao modo como produzir

um “[...] aumento da capacidade de análise de intervenção dos grupamentos humanos em geral e não apenas dos grupos técnicos”.

Descreve que, na roda de conversa, o tema “[...] é um assunto, uma coisa que incomoda, um problema, e ou uma situação que provoca riscos à saúde” (CAMPOS, 2007, p. 30). Ainda reitera que o tema deve surgir de um coletivo e, dessa forma, para que haja a oportunidade de algum tema emergir, é necessário que se armem rodas desde o início. Pode-se considerar a entrada de todos no processo: grupo de trabalhadores, movimentos sociais, profissionais, dentre outros.

A roda é um espaço coletivo: um arranjo onde exista oportunidade de discussão e de tomada de decisão. Pode ser formal (uma comissão ou conselho oficial), ou informal [...]. É um lugar onde circulam afetos e vínculos são estabelecidos e rompidos durante todo o tempo. É o espaço para a elaboração do contrato e para a elaboração de um projeto de intervenção (CAMPOS, 2007, p. 30).

Portanto, nesta pesquisa, as rodas de conversas constituíram-se no caminho utilizado para conduzir o desenvolvimento do gênero profissional na atividade da vigilância em saúde do trabalhador. As rodas viabilizaram a proposição de fomentar espaços de diálogos e de formação desse gênero em situação concreta de trabalho. Os temas propostos nas rodas foram iniciados e debatidos com as produções dos estudos teóricos originários da clínica do trabalho/atividade. À medida que as rodas de conversas foram se desenvolvendo, houve necessidade de dialogar com as produções advindas das experiências concretas de pesquisas realizadas com esse aporte teórico metodológico, especialmente os estudos brasileiros.

Também utilizei textos de autoria do Yves Clot (2006, 2010a, 2010b, 2011), Osório da Silva (2010, 2011) e as produções dos pesquisadores do PFIST-Nepesp (2011). Foi feita a análise da atividade na vigilância em saúde do trabalhador pelo grupo, colocando assim em discussão a própria atividade na vigilância em saúde do trabalhador. Como estratégia para essa análise, foi solicitado aos profissionais que contassem, por meio de relato oral, a maneira como realizavam a sua atividade.

Para a análise da atividade, as profissionais da vigilância fizeram um esquema descritivo das atividades que realizavam (ANEXO B). Não foram usados recursos imagéticos (fotos e vídeo) como dispositivo de análise, como acontece na proposta

teórico-metodológica de Yves Clot e dos demais pesquisadores que estudam e desenvolvem essa proposta de intervenção da clínica da atividade. Por que essa escolha?

Ao longo do desenvolvimento das rodas de conversas, as profissionais da Visat, ao se confrontarem com os textos da clínica da atividade, disparavam diálogos e análises de suas atividades no Cerest/ES, como também análises das atividades laborais dos trabalhadores que acompanhavam na vigilância. Os textos da clínica da atividade foram, para aquele grupo, um dispositivo que acionou e possibilitou a ação do diálogo aquecido a analisar a sua atividade, permanentemente, durante as discussões nas rodas. Em todos os encontros, colocavam em questão suas atividades na vigilância, como também as demais atividades que realizavam no Cerest/ES. A experiência com esse grupo conduziu para a afirmação de que os textos da clínica da atividade, colocados em roda, disparavam o dialogismo¹⁴ necessário para a discussão e análises da atividade de trabalho. Nos encontros em roda, as profissionais da Visat sempre relatavam:

Esses textos mexem muito com a gente, pois falam do trabalho da gente também; esses textos nos movem no nosso trabalho; faz repensar a nossa atividade enquanto trabalhadores da vigilância e também o modo como analisamos o trabalho quando vamos fazer uma inspeção.

Para Vieira (2004), confrontar é pôr em frente, defrontar, comparar alguém e alguma coisa, buscando identificar semelhanças e diferenças. Podem-se confrontar atitudes, textos, opiniões e situações diversas. A confrontação traz implícita a necessidade de colocar as pessoas e objetos face a face, no intuito de orientar uma avaliação pessoal ou coletiva. Confrontar confunde-se com a atividade de agir no mundo. É um recurso metodológico importante na análise do trabalho, pois instiga o trabalhador ao exercício da confrontação de si com o seu trabalho em meio aos dispositivos que são acionados no diálogo.

Propiciar e indagar a análise da atividade na vigilância gerou sentimentos e compartilhamentos de experiências, inquietações e desejos de transformação não apenas delas como profissionais em suas atividades de trabalhadoras da saúde,

¹⁴ O dialogismo é um conceito embasado na obra de Bakhtin entendido como condição de sentido do discurso. Inova no sentido de tratar e analisar a linguagem associada à materialidade da vida social. Refere-se ao princípio constitutivo da linguagem e de todo o discurso. Resulta em embates de muitas vozes sociais (BARROS, 2003).

mas também do coletivo de trabalhadores que acompanham, estudam e analisam a atividade de trabalho. Esses movimentos abriam possibilidades de criação de espaços e diálogos permanentes de discussão sobre o trabalho, a saúde, a vida.

No desenvolvimento deste estudo, uma aposta foi acreditar que, a partir de um dispositivo comum de trabalho, trazido por meio da produção textual da clínica do trabalho/atividade, esse gênero profissional vigilante em saúde do trabalhador pudesse pensar coletivamente a sua atividade e produzir inflexão nos modos de trabalhar na vigilância em saúde do trabalhador. A confrontação com o texto nas rodas de conversas e também na análise da atividade da vigilância em saúde do trabalhador produziram diálogos necessários para a convocação de pensar o seu próprio trabalho, de modo a transformar e compreender essa atividade que está sempre em construção.

O diálogo com a clínica da atividade viabilizou, nesta pesquisa que aqui apresento, colocar em análise a experiência de trabalho na vigilância em saúde do trabalhador e tecer modos de operar com essa clínica. A aposta é que o referencial teórico e metodológico da clínica da atividade se torne um instrumento de intervenção nesta área emblemática, que é a vigilância em saúde do trabalhador, e contribua para a produção do conhecimento no campo da saúde e educação.

2.2 O CONFRONTO COM A CLÍNICA DA ATIVIDADE: A PRIMEIRA RODA

Como diz a frase popular “O primeiro dia a gente nunca esquece”, recordo-me bem da primeira roda. Em uma quinta-feira do mês de junho 2012, estava no Cerest/ES junto com o grupo de profissionais que atuam na vigilância em saúde do trabalhador para o início do nosso tão gestado encontro: a roda de conversas sobre clínica da atividade.

Refiro-me à palavra gestado porque se trata de um movimento de pequenos detalhes e configurações para a viabilização dessa atividade de pesquisa. Desvelei-me em muitos encontros no sentido de planejamento, pactuações realizadas com a coordenação daquele serviço e também com os profissionais que lá atuavam em relação à disponibilidade de dia e duração das rodas, considerando

que a maioria não trabalhava exclusivamente no Cerest/ES e também existia a questão dos turnos de trabalho diferentes. Portanto, tive vários encontros com o grupo até definirmos um dia e horário comum para que pudéssemos dialogar com o referencial teórico-metodológico da clínica da atividade em roda. Diante das peculiaridades que se apresentavam, ficou definido que os encontros aconteceriam num dia de quinta-feira à tarde, quinzenalmente.

Mesmo diante desses vários encontros anteriores e necessários à operacionalização das rodas de conversas, considero essa primeira roda um momento ícone, por ter sido um dispositivo para uma série de conversações e também por apontar pistas na condução dessa atividade grupal de pesquisa.

O grupo era composto de profissionais do sexo feminino, assim constituído: duas assistentes sociais, uma psicóloga, uma fonoaudióloga, uma enfermeira do trabalho, duas médicas do trabalho e uma terapeuta ocupacional. Dentre os profissionais que realizam atividade de vigilância, o engenheiro foi o único que não pode estar presente em nenhum encontro referente a essa atividade, justificando sua ausência pela questão do horário. Outras alternativas foram avaliadas, porém nenhuma foi viável à sua participação.

Essa primeira roda foi numa tarde intensa e de muitas emoções. Além da proposição da roda com a temática da clínica do trabalho, também estávamos diante de um acontecimento marcante para a equipe que era a saída de uma médica do trabalho que estava se transferindo, por opção pessoal, para a Secretaria Municipal de Saúde de Vitória/ES. Essa profissional integrava a equipe desde a sua implantação, no antigo Programa de Saúde do Trabalhador, em 1992. O seu afastamento do Cerest/ES era uma grande perda para todos naquele momento.

Antes de adentrarmos na atividade proposta para o dia, que era a discussão da clínica do trabalho, a conversa se fez em torno da despedida dessa profissional engajada e comprometida na luta da saúde do trabalhador. Portanto, sentimentos pulsantes moviam o grupo intensamente naquele momento.

Para esse primeiro encontro, propus, em reunião anterior, que tivéssemos como disparador para as rodas um texto básico, com abordagem geral sobre as clínicas do trabalho, suas origens e filiações. E assim ficou acordado. O texto pensado para essa primeira roda foi: “Introdução às clínicas do trabalho: aportes teóricos, pressupostos e aplicações”, de autoria de Pedro Bendassoli e Lis Soboll (2011).

As clínicas do trabalho têm como foco de investigação a relação trabalho e subjetividade. Para Bendassoli e Soboll (2011), essas clínicas são constituídas por um conjunto de teorias apresentadas por uma diversidade epistemológica, teórica e metodológica, tendo como objeto comum a situação de trabalho da qual emergem o sujeito, o trabalho e o meio. Referem ainda que a ideia de clínica, em um primeiro momento, pode remeter a uma concepção de uma clínica individual, típica de consultório, mas isso não condiz com essa ótica. Quando se articula o contexto da clínica com o mundo do trabalho, a visão de uma clínica individual vai perdendo força até pelo entendimento de que o trabalho é uma categoria social que produz uma série de relações, portanto, impossível de análise num plano individual.

Corroborando essa análise da clínica, Benevides de Barros (2002, p. 5) diz que historicamente a clínica tem se constituído como um modelo médico de “[...] inclinar-se sobre o paciente [...]” e, na maioria das vezes, é entendida como um modelo de atendimento individual. Para a autora, o sentido da clínica não se reduz a esse movimento do inclinar-se sobre o leito do doente. No sentido etimológico, a palavra clínica é “[...] derivada do grego *klinikos* (que concerne ao leito; de *klíne*, ‘leito, repouso’; de *klíno* inclinar, dobrar). Mais do que essa atitude de acolhimento de quem demanda tratamento, entendemos o ato clínico como a produção de um desvio-clinamen” (BENEVIDES DE BARROS, 2002, p. 5). O argumento é que essa concepção de desvio atribuí a esses pequenos movimentos a potência de geração de outros modos de se colocar diante das situações no mundo.

Esta concepção de clínica, com conflitos, desvios, desestabilização, mostra-se como uma ferramenta conceitual estratégica, quando tomamos o mundo do trabalho com sua variabilidade e multiplicidade. Por essa razão, pensamos que o trabalho, como uma demanda de análise, convoca uma ação clínica e, nessa direção, não pode ser pensado fora dessa situação crítica, marcada por sua

instabilidade. A clínica como experiência de desvio, do *clinamen*, é aquela que faz bifurcar um percurso de vida na criação de novos caminhos, processos de trabalho e subjetivação.

Com base na concepção de Passos e Benevides de Barros (2001), entende-se que uma clínica da produção de subjetividade não procura meramente a solução de problemas, mas a criação de novas questões, numa experimentação analítica das formas instituídas. E, assim, a clínica deve se dar sempre numa relação com acontecimentos que ultrapassam a vivência individual, abrindo-se para a história, para a política, para o coletivo.¹⁵

Passos e Benevides de Barros (2001) referem-se a uma clínica histórica, que indica um plano de engendramento da realidade e que está comprometida com esse coletivo, indissociável do domínio da produção de subjetividade. Assim, apostam na dimensão política da clínica, na força de intervenção na realidade, nos processos de produção de si e do mundo. E nessa direção que se buscou a clínica da atividade.

Reitero, aqui, que o encontro com a clínica da atividade (CLOT, 2006, 2010ab) se constituiu como interlocutora, um dispositivo¹⁶ para pensar e desenvolver a aposta desta pesquisa na área da vigilância em saúde do trabalhador. Compartilha uma concepção de trabalho concebido pela via da atividade, como um processo ao mesmo tempo coletivo e singular, de criação, recriação; e a atividade de trabalho como processo de produção não só de objetos, mas também de subjetividades. Ao vincular atividade e subjetividade, Clot apresenta uma psicologia do trabalho mais

¹⁵ O coletivo na clínica do trabalho é uma questão relevante. Não é o coletivo como grupo, mas como recurso para o desenvolvimento da subjetividade; é o coletivo que interessa nesse desenvolvimento. Os autores da clínica da atividade se apoiam em Vygotsky, pelo fato de ele apresentar a ideia de que o social não é simplesmente uma coleção de indivíduos, não é simplesmente o encontro de pessoas; o social está em nós, no corpo, no pensamento; “[...] de certa maneira, é um recurso muito importante para o desenvolvimento da subjetividade. Nesse sentido, o coletivo não é uma coleção, é ao contrário de uma coleção. O coletivo, nesse sentido, é entendido como recurso para o desenvolvimento individual. É isso o que interessa a clínica da atividade. Há uma dimensão coletiva e subjetiva” (CLOT, 2006, p. 102).

¹⁶ É aquilo que faz ver e falar, que cria as condições de visibilidade e de enunciabilidade pelas quais se constituem as coisas, diante das quais vamos nos configurando como sujeitos. Portanto, o dispositivo possibilita coengendramentos de sujeito e objeto, constrói mundos nos quais sujeitos e objetos se desenham a partir dessas relações que se estabelecem. São as relações que possibilitam a construção de certos sujeitos e certos objetos em vez de outros (DELEUZE, 1990).

sensível aos processos de produção subjetiva que se dá no curso da ação no trabalho. Por isso, intervindo na atividade, interfere-se nos modos de subjetivação.

Na formulação da clínica da atividade, Yves Clot teve como referências autores como Vygostsky e Leontiev, Bakhtin, Ganguilhem, Oddone, Tosqueles, dentre outros. Como fala o próprio Clot (2010b), existe uma herança da psicologia do trabalho na França que atravessa os caminhos na construção da clínica da atividade. E nesse emergir de entrelaçamentos, surge uma clínica composta de um coletivo de diálogos e autorias (LHUILIER, 2011; OSÓRIO DA SILVA; BARROS; LOUZADA, 2011).

Nessa interlocução, Yves Clot buscou em Vygostsky a análise da atividade a partir do desenvolvimento cognitivo. Mattedi et al. (2011) analisam que, para Clot, Vygostsky não se insere na categoria dos modelos sociointeracionistas que anulam a subjetividade em suas análises e rejeitam modelos cognitivos que colocam uma teoria coletiva de cognição como extensão de uma teoria individual. Para Clot (2010a), as reflexões de Vygostsky percebiam o homem em cada momento como pleno de possibilidades não realizadas. Distinguem o real daquilo que foi realizado, uma vez que agir é, acima de tudo, selecionar uma dentre várias atividades possíveis.

No diálogo com Bakhtin sobre a linguagem, Clot (2006) buscou as categorias de gênero e estilo discursivos que são vitais em sua obra e dessa forma nos apresenta duas importantes ferramentas conceituais: o gênero profissional e o estilo.

[...] o gênero profissional é o conjunto das atividades mobilizadas por uma situação, convocadas por ela. É uma sedimentação e um prolongamento das atividades conjuntas anteriores e constitui um precedente pelas atividades em curso: aquilo que foi feito outrora pelas gerações de um meio dado, as maneiras pelas quais as escolhas foram decididas até então nesse meio, as verificações as quais ele precedeu, os costumes que esse conjunto enfeixa (CLOT, 2006, p.44).

E o autor prossegue afirmando que “[...] o estilo é a criação a que o sujeito deve recorrer a fim de dominar o jogo das mudanças de gênero, as passagens entre gêneros” (CLOT, 2006, p. 196).

Esses conceitos, gêneros e estilo dão visibilidade e força às transformações nas atividades em curso, considerando que, para Yves Clot, o trabalho é visto como uma atividade de criação e (re)criação. Essa concepção é uma das influências do médico Alan Wisner que dá força ao paradigma da ergonomia francesa, no sentido de trazer o trabalho real como fonte de criação e assim denomina o “trabalho real como vida”, pois os trabalhadores buscam encontrar na situação de atividade de trabalho meios de vida e satisfação. Para Clot (2010b, p. 214) há uma “[...] admiração em Wisner pela capacidade dos trabalhadores de transformar a situação mal vivida, em situação que ele domina”. Complementa que há uma sintonia entre a atividade e a saúde.

Com relação a Canguilhem, Yves Clot busca a aproximação entre a atividade e a saúde. Desse modo incorpora a definição ampliada de saúde proposta por Canguilhem. Nessa proposição, a saúde é tida como capacidade normativa, como uma concepção positiva de saúde que pode resultar em um processo de construção teórica capaz de subsidiar políticas e práticas sociais. Para Canguilhem (2007), a medida da saúde é a capacidade que o humano tem de se submeter às crises para instaurar uma nova ordem, é poder adoecer e poder se curar. Estar em boa saúde é poder cair doente e se recuperar, porque, sem poder se expandir, a vida se torna indefensável. Saúde, portanto, não é não adoecer, mas ter meios de estabelecer novas normas de vida seja para recuperar a saúde, seja para protegê-la. Afinal, para o autor, a saúde não é ideal, previsível e garantida; é uma conquista diária, é um combate contra as adversidades cotidianas; é algo que se altera sempre como todo elemento vital.

De modo geral, quando os estudos apostam nesse conceito de saúde e colocam em análise a sua relação com o trabalho, tendem a conceber o conceito de trabalho como constitutivo da espécie humana. Parte-se, então, da convicção de que o trabalho no capitalismo não é apenas sofrimento, mas também criação, portanto não é jamais pura execução de tarefas. Já que é impossível que não haja atividade, também não é possível ficar apenas no domínio do prescrito, naquilo que é determinado antes da realização do trabalho (CLOT, 2010a). Cada trabalhador apropria-se também de uma maneira singular do que lhe é proposto. Quando se está em atividade no trabalho, há variabilidades e imprevistos, fazem-se escolhas e

correm-se riscos, isto é, o trabalho não é somente repetição; é, antes de tudo, um processo coletivo que enuncia patrimônios, conquistas, lutas culturais, técnicas sociais e políticas (DEJOURS, 2008; CLOT, 1999, 2001, 2006). Para Lhulier (2011), Yves Clot, ao realizar as releituras das tradições francesas em áreas como a Ergonomia¹⁷ e a Psicodinâmica do Trabalho,¹⁸ tem buscado compreender em que condições teóricas e metodológicas é possível hoje a análise do trabalho. Propõe uma avaliação das transformações do trabalho humano e apresenta métodos de ação e conceitos implementados pela Psicologia do Trabalho.

As profissionais da Visat, em grupo, ao colocarem em diálogo o texto proposto para o dia, denominado “Introdução as clínicas do trabalho: aportes teóricos, pressupostos e aplicações”, mencionaram: “[...] *este texto mexe muito com a gente, pois representa o nosso momento atual*” (PROFISSIONAL DA VISAT). As demais integrantes da roda concordaram com a fala da colega mediante relato de afirmação da questão e uma delas verbalizou: “*É verdade. É isso mesmo*”.

Diante do que estava acontecendo naquele momento, indaguei: por que mexe com vocês? Por que afeta tanto? Respondeu uma profissional: “*Tempos de mudanças no Cerest/ES*”. A partir daí, situaram o contexto que estavam vivenciando no Cerest/ES. Relataram que, desde a implantação daquele serviço, nunca tiveram tantas mudanças na gestão. Ocorreu a entrada de uma nova coordenação e a saída de profissionais que estiveram muitos anos atuando lá. A saída desses profissionais mais antigos do serviço ocorreu por iniciativa deles em decorrência de outras opções

¹⁷ Disciplina surgida na década 40 com os seus primeiros estudos científicos voltados para questões relativas à boa adaptação do homem ao seu ambiente e instrumento de trabalho. Em sua constituição inicial, tradicionalmente, visava à diminuição do erro humano, de fadiga e doenças decorrentes do trabalho. A preocupação científica primeira da Ergonomia foi resolver problemas práticos, como a fadiga dos pilotos de avião e a incidência de acidentes fatais (TIGER, 1998). Muitas foram as produções teóricas nesse campo ao longo dos anos de sua existência. Essas produções se distinguiram em duas grandes correntes ergonômicas. A de origem anglo-saxã, a precursora que tem como objetivo adaptar o homem ao seu ambiente de trabalho e nos estudos da produção e da preocupação na relação homem-máquina. A de origem nos países francofônicos tem como preocupação investigar a atividade humana e os modos como é executada uma tarefa e o desenrolar de todo o processo de trabalho.

¹⁸ A psicodinâmica do trabalho refere-se a uma das correntes teóricas das clínicas do trabalho, desenvolvida a partir da década de 80 e tendo como referência autoral os estudos de Cristophe Dejours. Encontra-se fundamentada pela Psicanálise, a Ergonomia e pela Sociologia do Trabalho. Analisa o lugar que o trabalho ocupa na vida da pessoa e como cada sujeito se vê trabalhador. Uma das categorias de análise é a de reconhecimento. Este é considerado como capaz de transformar o sofrimento em prazer nas atividades de trabalho (BENDASSOLLI; SOBOLL, 2011). Tem a organização do trabalho como fonte principal de análise para compreender as vivências subjetivas, dentre elas: o prazer, o sofrimento, a saúde, o adoecimento e os mecanismos de defesa.

profissionais. Estavam vivendo naquele dia a saída de mais uma médica. Já haviam se desligado daquele local, há meses, duas outras profissionais, médicas do trabalho, engajadas com a luta diária da saúde do trabalhador. Especificamente nesse dia, as emoções estavam “à flor da pele”. Houve muito choro em decorrência do tempo de trabalho juntas e a sensação de **desmoronamento de um serviço**, palavras ditas por elas. Todas estavam mobilizadas diante da situação que estavam vivendo.

Indaguei: desmoronamento por quê?

[...] a sensação que temos é a desestruturação de um serviço de saúde que há anos vem resistindo, lutas da saúde do trabalhador no Estado. De repente, a política muda, as pessoas saem de seus lugares e assim vamos vivendo à mercê de gestores que não colocam a saúde do trabalhador como prioridade na política de saúde (PROFISSIONAL da Visat).

Que força é essa diante da situação apresentada? Não é uma força atribuída exclusivamente a um profissional em saída daquele serviço, mas uma série de forças que convergem para que essa situação tenha uma demarcação de importância no grupo. A maior parte da equipe dos profissionais que ali atuam trabalharam juntos há 18 anos e foram protagonistas, conjuntamente com outros atores, na implantação da política de saúde do trabalhador no Espírito Santo. Esse grupo da Visat fez parte da construção do Cerest/ES. Eles viveram as diversas mudanças do rumo dessa política no Estado. Eram recorrentes no grupo falas em relação à falta de prioridades nas ações da saúde do trabalhador no Estado e a luta em relação a essa política ao longo dos anos. Essa questão foi estudada por Sodré (2002) que encontrou tal afirmação e sustentação em muitos momentos da história da saúde do trabalhador do Estado do Espírito Santo, área marcada pela resistência, desejo e comprometimento dos profissionais conjuntamente com outros atores políticos do movimento social. Esse momento em roda também proporcionou o retorno dessas reminiscências de trabalho no Cerest/ES e a história desse coletivo constituía-se de uma grande força naquele momento.

Na condução da roda, entendi a necessidade de dar um tempo para lidar com aquelas emoções surgidas no intuito de que as participantes secassem as lágrimas e tomassem água naquele instante. Após o assento dos sentimentos

momentâneos de despedida e outros advindos daquela situação, fui reconduzindo a discussão da proposta, para aquela roda, sobre as clínicas do trabalho e a clínica da atividade.

Diante da pergunta feita por mim: o que foi esse texto para vocês? Começaram a relatar que foi um confronto de algo que as tocou muito. Em decorrência dessa confrontação com a leitura do texto muitas coisas foram (des)locadas. Reafirmaram: *“Este texto remete ao nosso trabalho. Estamos falando de clínica do trabalho e isto tudo mexe com a gente”* (PROFISSIONAL DA VISAT). As demais profissionais que se encontravam na roda concordaram com a colega. Uma outra verbalizou: *“Seria interessante ser realizada com nós mesmos a própria clínica da atividade”* (PROFISSIONAL DA VISAT).

Era notório naquele momento o quanto aquela discussão produzia no grupo sentimentos intensos, pois, como relatavam, era uma discussão que falava da atividade de trabalho delas, *“Enxergavam no texto”* palavras que mencionaram várias vezes, e tudo aquilo as afetava muito. Estavam se produzindo ali pistas para a condução desta pesquisa.

[...] o trabalho de pesquisa científica começa aí, quando o desenvolvimento provocado no trabalho coletivo se torna matéria-prima da investigação; quando a ação conjunta do responsável pela intervenção e dos profissionais, de meio de transformar uma situação real, torna-se, de início, do objeto de análise e depois meio de produzir conhecimentos sobre o desenvolvimento psicológico da ação (CLOT, 2010a, p. 38).

Naquele momento, eu não tinha clareza da dimensão deste trabalho e da possibilidade de que ali já estava se produzindo um material riquíssimo de pesquisa, pois, num primeiro momento, pensávamos apenas num grupo de estudo sobre clínica do trabalho/atividade, como já descrito. À medida que fomos seguindo com a condução das rodas de conversas subsequentes, com as análises do que estava se passando e vivendo a cada encontro, o meu amadurecimento nesse processo de pesquisar, as minhas conversas com algumas pessoas que integram o grupo de pesquisa do qual participo, o Exame de Qualificação I foram questões que se fizeram notórias e me levaram ao entendimento de que esse momento das rodas já significava a produção de conhecimento, de um processo formativo em

curso com pistas de um caminho de intervenção com aquele grupo em processo de pesquisa.

Naquele momento, da primeira roda, entendi que o grupo e eu necessitávamos de ajuda diante de tudo que estávamos vivendo. Também pensava, sem muita clareza, em como trabalhar essas questões. No meio de todo o pulsar de emoções que emergiam, a roda foi se conduzindo e os diálogos com a produção textual da clínica do trabalho se concretizaram. Assim, destacaram Bendassolli e Soboll (2010, p. 4):

[...] as abordagens clínicas buscam evidenciar a relação entre o trabalho e os processos de subjetivação, de forma que os conhecimentos produzidos nesta perspectiva oportunizam conscientização relativa às vivências nas relações de trabalho, visando à transformação da realidade. Sendo assim, esses conhecimentos podem subsidiar ações de mobilizações e resistências dos sujeitos individuais e coletivo diante das diversas situações de trabalho, nas quais predominam a vulnerabilidade e a segmentação dos coletivos, sejam elas manifestadas na forma de sofrimento, adoecimento ou de submissão, como também na forma de demandas de 'provas' do real do trabalho contra as quais o sujeito é chamado a se afirmar.

Após a leitura em voz alta da citação referenciada, houve o seguinte relato emocionado:

[...] isso nos toca muito porque, a todo o momento, como profissionais do Cerest/ES, temos responsabilidades em nossas atribuições no campo da saúde do trabalhador de ajudar a minimizar o sofrimento, adoecimento, morte no trabalho, e promovendo a saúde, mas, ao mesmo tempo, vivemos isso na nossa própria condição de trabalho. Deparar com o que está escrito aqui nos toca lá na alma (PROFISSIONAL DA VISAT).

Corroborando a análise, Bendassolli e Soboll (2010, p. 6) expressam que “[...] trabalho é uma atividade que os sujeitos se afirmam na sua relação consigo mesmo e com os outros com quem trabalha e que colabora para a perpetuação de um gênero coletivo”. O diálogo em roda propiciou o entendimento do quanto o confronto com essa clínica do trabalho mobilizou o grupo e disparou a conversa sobre um aporte conceitual que tem como premissa a necessidade de luta em relação às vulnerabilidades sociais, contra a ocultação do real do trabalho e das formas de alienação. A possibilidade de pensar e falar sobre o seu próprio trabalho na atividade de vigilância em saúde do trabalhador foi possível nesses encontros nas rodas de conversas, um trabalho que muitas vezes é invisível em sua dimensão real.

Queixavam-se muito disso: “O trabalho da vigilância não é visto como acontece de fato”.

Uma contribuição relevante da clínica da atividade para a análise da atividade e dos processos de trabalho é a concepção de trabalho como atividade dirigida, embasada em três aspectos: dirigida pelo sujeito ao ser mediada pelo estilo; dirigida ao objeto quando este é apropriado como ferramenta para a realização da atividade; e dirigida ao outro ao estar em constante diálogo com o gênero. O conceito de trabalho como atividade dirigida preocupa-se com o que se passa no intervalo entre a prescrição da tarefa e o trabalho real, por acreditar que o trabalho não é a simples aplicação de regras, já que “[...] o real se encarrega de transformar o desenvolvimento esperado em história não realizada” (CLOT, 2006, p. 13). A atividade envolve ainda todas as mobilizações objetivas e subjetivas para a realização do trabalho:

[...] o real da atividade é também aquilo que não se faz, aquilo que não se pode fazer, aquilo que se busca sem conseguir – os fracassos –, aquilo que se teria querido ou podido fazer, aquilo que se pensa ou se sonha fazer alhures. É preciso acrescentar a isso – o que é um paradoxo freqüente – aquilo que se faz para não fazer aquilo que se tem que fazer ou ainda aquilo que se faz sem querer (CLOT, 2006, p. 116).

Ainda seguindo a análise do Yves Clot, quando a distância entre a tarefa prescrita e o trabalho real se torna grande, a ponto de o próprio trabalhador não enxergar mais a relação entre a prescrição e a realização da tarefa, tal experiência esvazia o sentido da atividade laboral e causa sofrimento psíquico.

A conversa com o trabalho para aquele grupo se produzia como itinerários de fortalecimento, bem como mobilização para estarem naqueles encontros. Schwartz (2000) afirma que toda atividade de trabalho é sempre “encontro”, mais que isso, é “encontro de encontro”, porque tem histórias de vida dos sujeitos, de dispositivos técnicos, dos protocolos. Os trabalhadores sempre buscam com intensidade atualizar o meio do trabalho em função do que ele é, de suas crenças como ele desejaria que fosse. Buscando o diálogo com Canguilhem de que o meio é sempre infiel, Schwartz diz que o trabalho é marcado por uma dupla infidelidade que se alimenta. A primeira refere-se à transformação constante do meio, à sua variabilidade permanente, ao marco histórico, ao fato de que o meio não se repete

em momentos ou em situações de trabalho diferentes. Diante disso, as normas antecedentes nunca são suficientes, há sempre um vazio de normas que os trabalhadores buscam a todo instante preencher ou minimizar. Dessa ressingularização marcada pela história e valores de cada trabalhador emerge uma segunda fonte de infidelidade do meio.

A conversa na roda viabilizou a expressão das variabilidades que se constituem na produção de conhecimento e novos saberes em vigilância. Ainda no diálogo com Schwartz podemos caracterizar que as atividades da vigilância se apoiam em um patrimônio coletivo denominado normas antecedentes, que dizem respeito às necessidades e recursos que o ser humano tem para trabalhar (manuais, notas técnicas, regras de gestão organizacionais, prescrição e instrução, procedimentos etc.). É isso que, ao mesmo tempo, os constroem e lhes permitem desenvolver uma atividade singular por renormalização sucessiva na tentativa permanente de interpretar o que foi proposto (DURRIVE; SCHWARTZ, 2008). É um grande encadeamento de valores ético-políticos, regras, conteúdos, leis permeadas na atividade humana.

A atividade acontece na atualização das normas antecedentes, na ressingularização do fazer, que é da ordem da gestão do singular, que demarca uma dimensão histórica de um fazer e se baseia na transformação constante das situações de vida e de produção. Dando prosseguimento ao curso da roda, o grupo fez um outro destaque no texto que foram lendo em voz alta:

[...] as patologias da solidão e da indeterminação no trabalho. A solidão ocorre devido à fragilização [...] da mesma forma, encontramos focos de sofrimento nos diversos processos de rupturas das trajetórias profissionais, como em situações de desemprego, mas também nas transições patrocinadas por uma dinâmica organizacional acelerada e aparentemente indiferente ao impacto das mudanças sobre as biografias profissionais (BENDASSOLLI; SOBOLL, 2010, p. 8-9).

Nos estudos de Clot (2010a), ele diz da importância do falar, pois, quando isso não acontece, não é raro que as pessoas fiquem doentes. Menciona ainda o cuidado que se deve ter com esse ofício pois ele diz respeito a uma produção de um coletivo. Para ele, é função relevante da clínica da atividade cuidar do trabalho para que não ocorra o adoecimento dos trabalhadores.

Na condução daquela roda em atividade de pesquisa e como trabalhadora que atuou naquele espaço vivo, fui tomada por toda aquela conversação. Em alguns momentos, tive que “me segurar” pois também fui muito afetada com tudo aquilo que estava acontecendo. Pensei como poderíamos sair daquela condição de lamúria e sentimentos contrariados do grupo diante do cenário que se apresentava. A sensação que tive foi que minha “mente rodava”, em turbilhões de imagens, como se fosse um moinho, diante daquela discussão que faziam no momento.

Na medida em que as profissionais da vigilância do Cerest/ES compartilhavam os seus sentimentos contrariados, também pensavam em estratégias de enfrentamento das questões dialogadas naquele grupo. Aquele encontro conduziu o grupo a trazer suas vivências e experiências de trabalho em roda, bem como vislumbrar outras possibilidades para que esse gênero se fortalecesse na construção de outros modos de viver possíveis a partir da conversação sobre a clínica e a saúde.

Uma das profissionais indagou sobre a maneira, às vezes errônea, como a palavra clínica era interpretada, e o texto oferecia indicadores para tal reflexão. O que é notório se observar na formação biomédica é que se trata de uma visão de clínica individual e de consultório, especialmente de uma clínica médica. Uma das profissionais da Visat mencionou: “[...] *nós atentamos pouco para essa ideia de clínica na esfera do social e a questão do coletivo que está na clínica. Pensamos mesmo na clínica médica, na objetividade dos sinais e sintomas. Nossa formação é assim*”.

Para Passos e Benevides de Barros (2000), pensar a clínica demanda uma dimensão transdisciplinar.¹⁹ Requer o exercício de uma prática muito complexa no contexto no cotidiano da saúde do trabalhador, considerando que essa área ainda é constituída, majoritariamente, por um modo de atuação multidisciplinar. A conceituação de clínica para esses autores:

¹⁹ A transdisciplinaridade, para Passos e Benevides de Barros (2000, p. 76-77), “[...] é uma atitude crítica que perturba os limites da disciplina quando coloca em questão as identidades do sujeito que conhece e do objeto conhecido, subverte o eixo de sustentação dos campos epistemológicos por meio da desestabilização tanto da dicotomia sujeito/objeto quanto da unidade das disciplinas e dos especialismos. Não se trata de abandonar a dimensão dos movimentos criador das disciplinas mas fabricar agenciamentos”. Problematizar os limites de cada disciplina é argui-la em seus pontos de congelamento e universalidade. Caotizar os campos, desestabilizá-los ao ponto de fazer deles planos de criação de outros objeto-sujeito é a aposta da transdisciplinaridade defendida por esses autores.

[...] interessa os modos de subjetivação e, neste sentido, importa-nos poder traçar as circunstâncias em que se compuseram, que forças se atravessaram e que efeitos estão dando. No lugar do indivíduo, individualizações. No lugar do sujeito, subjetivações. Como nos conceitos, não se trata de construir redes de ressonâncias, mas deixar nascer mil caminhos que nos levariam a muitos lugares (PASSOS; BENEVIDES DE BARROS, 2000, p. 78).

Pensar a clínica é estar em constante exercício sobre as múltiplas possibilidades num processo contínuo, problematizando e questionando o que está colocado e atentando para os efeitos que se apresentam.

Para Clot (2006), a ideia de clínica parte da concepção de emergência da realidade de trabalho, no sentido de transformação dessa situação e, assim, tornando-se um dispositivo de produção e restauração da saúde por cuidar do trabalho.

Outra questão sugerida no debate refere-se a uma certa similaridade equivocada que se faz com o conceito de saúde:

[...] nós, profissionais de saúde, utilizamos muito pouco esse conceito de saúde defendido por Canguilhem. Geralmente nos atermos ao que está na constituição e ao que é colocado pela Organização Mundial de Saúde, apesar de concordamos ser esse conceito da OMS inviável no contexto do real, mas, infelizmente, muito usado pela maioria dos profissionais de saúde e em sua formação (PROFISSIONAL DA VISAT).

Pensar o conceito de saúde de modo ampliado é considerar a capacidade de ultrapassar as crises orgânicas para instituir uma nova organização e tensionar esse conceito com suas práticas em saúde. Demanda enfrentar as adversidades do meio de modo a encontrar saídas do estado de crise que imobiliza o sofrimento. E isso dizia respeito ao momento de vida que vivenciavam.

Canguilhem (2009) convida a pensar num conceito de saúde muito além do qual a maioria dos profissionais de saúde debatem sua formação. Convoca a pensar a saúde superando a limitação de equilíbrio, a total harmonia e, assim, afirma uma saúde como potência para enfrentar as infidelidades do meio criando novas normas. 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” (CANGUILHEM, 2009, p. 148). Com isso, a doença não é consequência da ausência de qualquer norma. Ela é

uma norma de vida, dita inferior e que não tolera nenhum desvio das condições em que é válida, incapaz, dessa maneira, de se transformar em outra norma.

Portanto, saúde e doença não são conceitos concebidos como definitivos e opostos. Estão relacionados com a trama da própria vida e de sua existência. Suas análises dependem de lugar-tempo-contexto-historicidades e relações. Os estudos de Clot e Canguilhem remetem a uma condição de similaridade entre a atividade e a saúde por ambas buscarem a criação de um contexto para viver.

Ao nos depararmos com o conceito de atividade proposto por Yves Clot, iniciamos uma discussão intensa. Poderíamos dizer “uma discussão quente”. Considerando que no grupo existia uma profissional com formação de especialista em Ergonomia e outra em Terapia Ocupacional (TO), ambas falavam de uma hegemonia do quanto a palavra atividade demarca um certo campo de conhecimento nessas duas áreas, diferentemente do que é colocado pela clínica da atividade.

O conceito de atividade para Clot (2006, p. 24) configura-se “[...] como operações manuais e intelectuais realmente mobilizadas a cada instante pelo trabalhador para atingir seus objetivos e não apenas pelas prescritas”. É um conceito central na obra do autor. Para ele, ao analisar o trabalho humano do ponto de vista da atividade, deve ser considerado aquilo que os trabalhadores fazem, aquilo que eles dizem do que fazem, mas também aquilo que eles fazem do que eles dizem.

A indagação sobre a terminologia atividade produziu abertura para um debate sobre a importância do trabalho transdisciplinar, do diálogo das disciplinas nesse exercício profissional, que diz respeito à atividade de vigilância. O conceito de atividade de Yves Clot era novo para o grupo. Foi um analisador importante. A profissional, cuja função é de terapeuta ocupacional, disse que a terminologia atividade é um conceito gênese de sua formação acadêmica, pois a TO trabalha com a atividade humana voltada para a vida diária dos sujeitos, sua independência e reabilitação, diferente da abordagem da clínica da atividade.

Por outro lado, o conceito de Clot “[...] ajuda-nos a (re)pensar a prática profissional”, comentou uma profissional da Visat. Apontados alguns aspectos introdutórios desse conceito, a partir do referencial da clínica da atividade,

considerou-se ser a atividade um aporte conceitual que iria perpassar todo o momento pela discussão nessas rodas de conversas. Esse debate proporcionou pistas para os próximos encontros. Assim foi fechado mais um dia de trabalho. O encontro foi intenso e se estendeu por um tempo de duas horas e quarenta minutos. Os diálogos abriram atalhos para a próxima roda de conversa e firmamos o compromisso de nos encontrarmos quinze dias após e teríamos como assunto a temática das clínicas do trabalho e a clínica da atividade.

Saí de lá mobilizada com todos os sentimentos vividos com o pulsar no corpo e taquicardia diante de tantas emoções. Também muito preocupada com os rumos do grupo das vertentes que deveriam pautar para mantê-lo sustentado. Logo percebi que precisaria de um suporte para o exercício dessa atividade de pesquisadora da temática clínica do trabalho. Minhas implicações com aquele processo necessitaria de análise, assim como aquele gênero profissional diante de tantos comentários e vivências. Na saída do Cerest/ES, uma música tocava na minha memória e sempre toca quando lembro dessa primeira roda: “Roda mundo, roda gigante, roda moinho, roda pião, o tempo rodou num instante, nas voltas do meu coração” (CHICO BUARQUE, Roda viva).

2.3 O CONFRONTO COM A CLÍNICA DA ATIVIDADE: A SEGUNDA E A TERCEIRA RODA

No retorno ao Cerest/ES para a segunda roda de conversa e acompanhada das duas novas integrantes, apresentei-as ao grupo. Antes de iniciarmos a discussão do texto proposto, uma das profissionais da Visat disse: “*Aquele primeiro dia, além da aprendizagem peculiar que a atividade proporcionou, também teve função de ‘catarse’*”.

Indaguei: por que catarse?

Aquele dia serviu como desabafo. Foi um momento que nos reunimos e pudemos falar de nosso trabalho, nossas angústias, nos despedir da colega de trabalho de anos juntos, de falar de coisas que não falávamos e aprender coisas novas também. Refletir sobre o nosso trabalho e também entender que somos trabalhadores que cuidam de outros trabalhadores. Também falar de um certo modo autoritário de coordenar um serviço. Coitada de Luzi (pesquisadora) que ficou na escuta de uma montanha de

lamentações e problemas e na condução do nosso grupo de estudo (PROFISSIONAL DA VISAT).

Depois dos risos, questioneei: e como foi para vocês essa catarse?

Foi muito bom, hoje estamos bem melhores. Você não vê, tudo mundo alegrinho. Foi bom conversar sobre o nosso trabalho e das coisas que a gente vive no trabalho. Quase não fazemos isso dessa forma, grupinho junto, e sim dois aqui, três ali. Aqui não, está o grupo quase inteiro. Só falta um, a representação masculina da equipe de vigilância.

Também achei muito bom conversar sobre o que fazemos no dia a dia, além de discutir coisas relacionadas com o que a gente faz. É um aprendizado novo, porém acho os textos difíceis de entender, parece uma linguagem diferente daquela que usualmente temos costume. Já realizamos um trabalho semelhante, um grupo de estudo, que foi um trabalho de extensão da Ufes, anos atrás, com uma professora da psicologia da UFES. Lembram? (PROFISSIONAIS DA VISAT).

Destaco que, mesmo diante de um trabalho em equipe na atividade de vigilância, essas profissionais não utilizam em seu espaço de trabalho um momento que pudessem conversar e discutir sobre o seu processo de trabalho. A menção do fato de o primeiro dia da roda de conversa ter sido uma catarse indicava essa situação de esvaziamento dos espaços coletivos de conversas.

Para o novo tema de nossa segunda roda de conversa cujo título foi clínica do trabalho e clínica da atividade, distribuí um texto do Yves Clot (2011). O disparador do tema proposto dessa roda foi a discussão sobre os equívocos do trabalho. Para Clot (2011), a palavra trabalho evoca uma atividade humana que invade o campo social. O trabalho é entendido como “[...] uma atividade permanente de recriação de novas formas de viver e não apenas como tarefa, mas como atividade dirigida, histórica e processual” (CLOT, 2011, p. 11). O texto trazia:

[...] o trabalho real é o campo por excelência do sentimento de vida contrariada, para falar como Canguilhem (1984). Para ser mais exato, no mundo contemporâneo, e a medida que o trabalho se torna a causa preocupante de doenças cada vez mais numerosas, ele se torna invariavelmente vital para a saúde. Pois, provavelmente, ao pedir que o trabalho absorva o que restou de suas vidas, muitos trabalhadores exigem dele mais do que ele pode proporcionar. Eles nutrem a esperança não apenas de sobreviver em um contexto, mas de finalmente poder conduzir um contexto para viver [...] (CLOT, 2011, p. 72).

Para Yves Clot (2006, 2010a, 2011), o trabalho é considerado como uma situação de conflito que recebe sempre soluções transitórias. Esse conflito é o que dá à

atividade sua dinâmica vital. A análise da atividade dirige-se, então, não apenas ao procedimento realizado, mas também às intenções que levaram àquelas escolhas. Há uma relação, a ser analisada, entre as preocupações do trabalhador e suas ocupações.

Tomar o trabalho pela via dos processos de subjetivação é afirmar que os trabalhadores são os protagonistas desse processo de criação. É intervir clinicamente, confrontando-os com sua atividade laboral. Acompanhando Clot (2006), pode-se dizer que o trabalho exerce na vida do trabalhador uma função psicológica específica e isso, precisamente, em virtude do fato de ele ser uma atividade dirigida, que diz respeito ao modo como cada trabalhador, de forma singular, executa suas tarefas, transformando o ato de execução da atividade em processo de trabalho. Essa discussão nos remete ao fato de que é o trabalho concreto, ou seja, o que cada sujeito dá de si para conseguir chegar aos seus objetivos, as regulações feitas, as invenções e como se mobiliza para colocar em prática, que expressa a premissa do trabalhador como autor na atividade de trabalho.

O grupo dá início a uma longa conversa a respeito de como está o mundo do trabalho na atualidade e as formas engendradas pelo capital na captura das vidas dos trabalhadores, além dos modos de resignação que tentam fazer calar o trabalhador, produzindo isolamento. No diálogo das questões presentes no mundo do trabalho, o grupo seguiu a conversa. As discussões sempre eram acompanhadas com exemplos de vivências das atividades nos atendimentos de trabalhadores no Cerest/ES e também das ações de vigilância nos locais de trabalho. Ao mencionarem os exemplos, incluíam-se também nesse processo na função de trabalhadores do SUS.

Uma história comentada por uma das integrantes do grupo sinalizava o fato de que, quando acontece algum momento de recessão econômica, as empresas fazem demissão em massa, e isso repercute na assistência no Cerest/ES:

Quando acontece de haver muita demissão nas empresas, aqui, no Cerest, aumentam significativamente os atendimentos ambulatoriais. Muitos trabalhadores já demitidos, em fase de demissão ou com possível risco acabam vindo aqui desesperados ou desiludidos profissionalmente para fazer o nexo causal da doença do trabalho ou acidente. Muitos

relatam que eram trabalhadores empenhados e que deram a vida pela empresa e só vêm aqui porque é a única saída que têm para provar que tem uma doença ou sequela de acidente e que estes foram adquiridos no trabalho. Resistiram o máximo que puderam durante o tempo que estavam na ativa e com uma 'certa estabilidade' na empresa. Esse é um exemplo que vejo nessa relação do macro com o micro, como essas coisas interferem no nosso cotidiano de trabalho e vida (PROFISSIONAL DA VISAT).

Outra profissional da equipe relatou a vivência com os professores que atendem no Cerest:

[...] como fonoaudióloga e pedagoga que trabalha há muitos anos na área da saúde, nunca analisei tão atentamente as questões que envolvem o mundo do trabalho como agora, atendendo os professores aqui e estudando essas questões da saúde do trabalhador e esta clínica da atividade. Muitos professores chegam já adoecidos crônicos, por causa de sua resistência à doença, até porque, se tirar atestado, perde várias vantagens, como prêmio incentivo, bônus e outros falsos subsídios que o governo dá. Aí vejo também essa íntima relação do macro com o micro junto e toda essa situação. E o professor, diante dessa política do governo, não falta ao trabalho. Só em casos extremos, pois sempre pensa nessa questão desses subsídios financeiros e a perda disso para ele, trabalhador, ao longo da carreira. Se não criarmos ações coletivas para atuar nessa situação, não sei o que vai ser, pois vejo a coisa cada dia pior e os sindicatos mais fragilizados. Às vezes me pergunto por que continuo trabalhando na saúde. Já estou aposentada, e hoje estou aqui numa função temporária. A gente vê muito sofrimento e também essa questão do contrato temporário é muita precarização que também tomou a área da saúde como em toda área (PROFISSIONAL DA VISAT).

As falas relacionadas com as questões dos mundos do trabalho sempre vinham à tona nas rodas por meio das discussões da atual sociedade capitalista, trazendo os aspectos associados aos modos de produção e aos seus impactos na saúde. Também destacam a interferência do modelo de reestruturação produtiva na saúde,²⁰ que produz, a todo momento, mudanças nas configurações da gestão, no processo da organização do trabalho com reverberações nas atividades

²⁰ A reestruturação produtiva na saúde, segundo Merhy e Franco (2013), refere-se aos mecanismos e inovações introduzidos nos sistemas produtivos de saúde que impactam o processo de trabalho, gerando mudanças no modo de elaborar os produtos e modificando até a forma como as pessoas são assistidas. Essas inovações podem se dar de diversos modos, não determinados *a priori*, mas verificados a partir do momento em que estruturam novas maneiras de produção e organização do processo de trabalho. Buscam, em geral, alterar a conformação tecnológica dos processos produtivo e introduzem mudanças organizacionais nos modos de gestão. É sempre um processo de disputa, pois se revela como algo que opera no campo das micropolíticas do trabalho em saúde. As opções tecnológicas, organização do trabalho, a tensão sobre os hábitos e comportamentos dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde revelam que o mundo no qual se devem operar mudanças no modo de produzir o cuidado é complexo e em constantes movimentos e mudanças.

profissionais, fazendo com que as repercussões desses novos modelos engendrados pelo capital culminem em capturas do trabalhador e de sua força de trabalho com produção de sofrimento, diante das ameaças e medo do desemprego e mudanças na configuração das legislações de proteção ao trabalhador. Associado a isso, há o paradoxo de incentivo ao trabalhador “engajado” nas atividades da empresa com introdução de benefícios ditos de méritos, como viagens com passagens e hospedagens pagas pela empresa e outros mecanismos de modo a tornar o sujeito um pugnador da empresa.

Nessa ocasião, a conversa foi intensa, considerando que se tratava de histórias do trabalho em conexão com a atividade no Cerest/ES, em especial na vigilância. Outro destaque: nessa área, o tensionamento capital-trabalho é tema das conversas.

Pensar o trabalho para além da questão de sobrevivência é uma temática importante para a clínica da atividade. Possibilitar um meio de viver nesse trabalho requer o desenvolvimento de ações que possibilitem a produção de saúde, e não o adoecimento.

Na perspectiva de análise da atividade, trabalhar é gerir as variabilidades por meio de um debate das normas que antecipam essa atividade. Nesse debate são efetuadas escolhas e se atualizam valores que cada sujeito tem diante do real da atividade. Clot (2010a) distingue o real daquilo que foi realizado, uma vez que agir é, acima de tudo, selecionar uma dentre várias atividades possíveis. Os conflitos do real da atividade desafiam os sujeitos a retrabalhar a tarefa, e com isso regularizar as normas antecedentes, produzindo uma distinta atividade de trabalho que dê conta das infidelidades do meio. Nesse encontro, retornaram depoimentos sobre uma nova gestão no serviço. Diziam que “a história estava sendo apagada”. O que significa isso para o grupo? Indaguei?

As atividades desenvolvidas aqui, no Cerest/ES, têm um percurso histórico a ser considerado. Não somos qualquer um. Somos, na maioria, profissionais que atuam aqui há muitos anos e sabemos o que é dever de nossas responsabilidades enquanto servidores daqui. Às vezes aparece proposta que não condiz com esse serviço, tipo fazer palestras rápidas em alguns locais que não têm nada a ver com os objetivos do serviço, apenas para constar nos números e produção. Há sobrecarga de tarefas com atividades que não é nossa função e, enquanto isso, outras

atividades importantes têm deixado de ser feitas. Podemos citar a parte do sistema de informação na saúde do trabalhador²¹ que tem sido negligenciada (PROFISSIONAL DA VISAT).

Sempre expressavam a situação do porquê de tantas mudanças que ocorriam desde a estrutural, referente à política nacional de saúde do trabalhador, como também em relação ao exercício profissional no seu ambiente de trabalho. A queixa era recorrente sobre um certo modo de gestão daquele serviço. Diante dessas questões, um questionamento feito: o que vocês fazem com isso? Um momento de silêncio... e reiniciou-se a conversa no sentido de responder à questão: *“Buscamos estratégias para que não ocorra o isolamento do grupo e assim um poder ajudar o outro a falar das coisas que estamos vivendo aqui. E a atividade desse grupo é uma delas”*, relatou a profissional da Visat. Uma outra assim se manifestou:

[...] estudar essa clínica, deparar com esse texto, ainda mexe muito com a gente, porque fala da gente enquanto trabalhador e também da gente como profissionais que atuam na saúde do trabalhador, é o que diz o Clot. A clínica da atividade é um meio de tornar, ‘cada vez mais a vida defensável em meio ao trabalho’, palavras do texto. Estudar essa clínica tem nos ajudado no enfrentamento que a colega mencionou agora (PROFISSIONAL DA VISAT).

A partir desse momento, trouxe o termo reconhecimento na atividade para ser debatido na roda. Essa expressão é uma questão no campo das clínicas do trabalho, especialmente quando se situam as análises postas pela psicodinâmica do trabalho. Uma polêmica é colocada pelo grupo considerando que, no primeiro momento, quando é mencionada a palavra reconhecimento, vem à mente a representação do que vem de fora, exterior ao processo. Também compreendiam esse conceito a partir dos estudos de Dejours (1999, p. 34) que diz:

[...] quando a qualidade do meu trabalho é reconhecida, também meus esforços, minhas angústias, minhas dúvidas, minhas decepções. Meus desânimos adquirem sentidos. Todo esse sofrimento, portanto, não foi em vão; não somente prestou uma contribuição à organização do trabalho, mas também fez em mim em compensação, um sujeito diferente daquele que eu era antes do reconhecimento.

²¹ Refere-se às informações sobre os agravos, acidentes, doenças e mortes relacionados com o trabalho que devem ser organizados e sistematicamente trabalhadas, utilizando-se para isso do aporte instrumental da epidemiologia. Constituí uma das frentes de trabalho na vigilância em saúde do trabalhador, pois possibilita realimentar as ações de saúde voltadas para as intervenções nos ambientes de trabalho.

Na clínica da atividade, a palavra reconhecimento não tem esse sentido, ou seja, dos trabalhadores se reconhecerem no que fazem em sua atividade vindo de alguém externo. Yves Clot não trabalha esse aporte conceitual dessa forma. No texto proposto nessa roda, reconhecimento vem contextualizado na dimensão do ofício (CLOT, 2011), por isso a polêmica, porque, para o grupo, reconhecimento tem importância na direção do que é colocado pela psicodinâmica do trabalho.

A clínica da atividade tem a função de fazer com que seus interlocutores trabalhem no sentido de cuidar do trabalho para que a organização os percebam como pessoas responsáveis pelo que fazem e que são passíveis de transformação. Na clínica da atividade, isso é possível por meio de uma “[...] atividade de diálogo sobre o trabalho, por meio de uma atividade sobre a atividade e por atividade ao quadrado” (CLOT, 2011, p. 75), o que ele denomina de uma clínica dialógica. Quando Clot se refere a essa clínica dialógica, está dizendo também de uma ferramenta para o desenvolvimento dessa clínica. E, dentre os métodos que utiliza para essa ação dialógica, tem-se a autoconfrontação simples e cruzada e a técnica de instrução ao sócia:

Como é essa questão da autoconfrontação mesmo? Sendo que a instrução ao sócia para a gente ficou mais fácil entender porque ficou marcado para nós durante a apresentação da sua proposta de pesquisa para todo o grupo aqui, no Cerest. E também teve como precursor o trabalho do Oddone. Inclusive temos experimentado usar a instrução ao sócia na consulta de primeira vez que realizamos junto ao trabalhador e também nas capacitações que realizamos nos municípios (PROFISSIONAL DA VISAT).

Desse modo, realizamos um momento de diálogo com a questão dos métodos da clínica da atividade. Mesmo que, neste estudo, não tenham sido utilizados esses métodos como instrumento de ação para o desenvolvimento da pesquisa, discutí-los foi pertinente para as profissionais da Visat, até porque, em suas atividades na vigilância, utilizam os recursos imagéticos para análise do trabalho, mas com função diferente em relação ao que os estudos da clínica da atividade propõem. Pois neste referencial teórico-metodológico, os recursos imagéticos têm a função de fazer o ofício falar e transformar o trabalho. Também os métodos da clínica da atividade foram, no primeiro momento, uma das justificativas de escolha dessa clínica para o desenvolvimento desta tese no contexto do trabalho da vigilância em

saúde do trabalhador, por sua potencialidade em produção de outros modos no exercício dessa atividade.

O método da autoconfrontação é aquele em que os trabalhadores expostos à imagem de uma determinada atividade escolhida por eles produzem análises do próprio trabalho. A análise tem como objeto provocá-los, questionando-os sobre a atividade ao se verem em ação. O método consiste em solicitar ao trabalhador que fale sobre sua atividade para o analista – ou para o colega de trabalho. Trata-se não apenas de um meio de explicar aquilo que o trabalhador faz ou aquilo que vê, mas uma forma de provocar, de intervir, de levar a pensar a atividade no sentido de desenvolvê-la por meio de suas controvérsias (CLOT, 2006, 2010a 2010b; DADALTO et al 2011; ROSEMBERG, 2011).

A autoconfrontação é produzida a partir de encontro individual dos trabalhadores com a imagem (filmagem em vídeo e fotografia) do qual os dois foram protagonistas, para fim de análises das situações de trabalho que o envolveram, como também a partir do encontro dos protagonistas com as imagens da situação de trabalho do outro colega, e dispara um processo dialógico sobre as atividades (CLOT, 2006, 2010; OSÓRIO DA SILVA, 2010).

Desse modo, o debate na análise do trabalho é tomado como um instrumento de ação. O analista ou o colega trabalhador participam dos atos e pensamentos do trabalhador, dando visibilidade às realidades do trabalho. A mudança de destinatário da análise modifica a análise. A atividade de comentário das imagens registradas, que varia conforme se dirija ao analista ou aos colegas de trabalho, dá um acesso diferente ao real da atividade. Os interlocutores não são obstáculos, mas recursos metodológicos.

O sujeito pode encontrar, no analista e no colega de trabalho, alguma coisa de novo na atividade em análise. As diferenças entre os dois destinatários se tornam ferramentas distintas, já que essa metodologia pretende utilizar plenamente os recursos da dissonância. Aquilo que o sujeito põe em palavras a partir do debate sobre o vivido na atividade nunca existiu antes nessa forma. Está se falando de criação, que não é apenas uma memória da vivência anterior (OSÓRIO DA SILVA; BARROS; LOUZADA, 2011).

O método de instrução ao sócia é uma outra contribuição da clínica da atividade que foi adaptada por Clot (2010a) a partir do trabalho do Ivar Oddone e seus colaboradores com os operários franceses da Fiat. Trata-se de um método indireto de análise do trabalho que tem a função de produzir um deslocamento de suas atividades em um novo contexto, no qual o trabalhador sairá de cena. A regra do jogo ocorre pela instrução do comando: “Suponha que eu vou te substituir no seu trabalho. Como eu devo agir para que as demais não percebam a sua ausência?”. Para Ramiminger, Athayde e Brito (2013), a função do sócia é resistir à atividade. Desse modo, posiciona-se como um desconhecido, questionando e colocando o foco no como fazer, acionando mecanismos para além da prescrição e assim o trabalhador é convocado a pensar naquilo que é executado de maneira automática e habitual, que, no primeiro momento, parece ser simples, mas no detalhamento se torna laboriosa a sua execução.

Para Clot (2010a), o método de autoconfrontação e instrução ao sócia são técnicas de provocação do desenvolvimento a serviço da metodologia da ação com o objetivo de transformar o curso da atividade.

Lima (2011), fazendo diálogos com os estudos da clínica da atividade, descreve que a clínica não é apenas um método de ação e de transformação; é também um método de produção de conhecimento. Complementa afirmando que o objeto de conhecimento é simultaneamente a atividade e o desenvolvimento da atividade, como também os seus impedimentos no trabalho. Circunscreve ainda que é por meio de uma experiência transformadora que a atividade pode revelar seus segredos.

O principal objetivo na execução do método proposto pela clínica da atividade é ampliar o poder de agir do trabalhador. Para Clot (2010a), o desenvolvimento do poder de agir foi concebido a partir de sua interlocução com Vigotski e Espinosa. Segundo Clot (2010a, p. 31), “[...] o esforço para desenvolver o poder de agir é inseparável do poder de um esforço para elevar ao grau mais elevado, o poder de ser afetado”. Assim, entendemos que essa ampliação implica a produção de novas formas de subjetividade, confrontando-se com sua própria experiência, bem como com a de outros, já que, na clínica da atividade, a mudança deve se efetivar a

partir de uma troca entre conceitos e experiências, tendo como protagonistas os trabalhadores.

Para Osório da Silva (2002), a posição de protagonista²² atribuída ao trabalhador é um dos pontos que faz dessa metodologia uma ferramenta de formação, que ocorre para o trabalhador com a renovação ou ampliação de seus recursos para desenvolver suas atividades cotidianas, dentro de uma nova visão das relações que compõem a atividade. Para o analista do trabalho, amplia-se o conhecimento acerca da atividade, nesta incluído o processo de trabalho pertinente a uma situação.

No diálogo com os métodos da clínica da atividade, uma profissional mencionou: “[...] *é possível a utilização deles na atividade da vigilância e aqui mesmo, no atendimento assistencial aos trabalhadores no Cerest/ES, mas tem algumas restrições*”.

Que restrições são essas?

É possível, mas nem todo lugar a gente consegue fazer essa autoconfrontação, porque tem lugar que mal se consegue falar com o trabalhador, porque somos impedidos. Alguns [trabalhadores] pelo fato de falar com um agente de vigilância, corre o risco até de ser demitido. Sempre tentamos subverter e trazer a fala do trabalhador mas nem sempre conseguimos por questão mesmo de proteção em relação a ele (PROFISSIONAL DA VISAT).

Essa fala dispara um debate caloroso diante da questão colocada sobre o cuidado com a dimensão ética e também de tensão que o trabalho na vigilância convoca em seu exercício. Referiram-se às várias situações de medo que os trabalhadores têm de perder o seu emprego. Essa constatação é observada em seus relatos no momento em que estão em atendimento à consulta ocupacional no Cerest/ES, ou quando estão diante da fala dos trabalhadores que realizam algum tipo de tratamento contínuo naquele serviço. Essa preocupação era permanente para o

²² O conceito de protagonistas, na visão de Gohn (2008), são os atores envolvidos, que se transformam em sujeitos políticos, que expressam força, indicando o projeto de sociedade que estão construindo, que cultura política fundamentam suas práticas e seus discursos e quais redes criam e se articulam nas relações sociopolíticas. Na saúde do trabalhador protagonista, é o próprio trabalhador, pois ele é a pessoa que melhor conhece o seu trabalho, portanto, o principal analista de sua atividade e do processo de trabalho. Esse termo foi uma demarcação importante nessa área, tendo maior visibilidade com os estudos do Ivar Oddone (1986) e do Modelo Operário Italiano (MOI).

grupo, porque vivenciaram situações em que trabalhadores tinham sido demitidos do emprego por estarem em tratamento no Cerest/ES. A partir do momento em que a empresa tinha conhecimento, fazia o desligamento do trabalhador. Durante as consultas individuais, era comum os trabalhadores se posicionarem em relação a essa preocupação, e o mesmo temor acontecia com referência ao sigilo quanto ao tratamento naquele local e até mesmo quando ocorria uma possível visita da equipe na empresa para fins de comprovação donexo-causal.

Assim, as rodas de conversa com a temática clínica da atividade se constituíam como espaço de produção permanente nos modos de olhar a atividade de trabalho na vigilância, por meio das conexões desse referencial teórico metodológico com a realidade de trabalho das profissionais. Desse modo, as rodas traziam as cenas de situações vividas e as possibilidades de uso das ferramentas da clínica da atividade em suas ações.

Na tentativa de buscar um melhor entendimento sobre os métodos propostos por Ives Clot, de autoconfrontação e instrução ao sócia e sua aplicação nas pesquisas, propus estudar outros textos. Essa seria também uma das pistas para pensarmos os próximos encontros. O grupo criou uma expectativa para conhecer as pesquisas com a utilização do referencial teórico metodológico da clínica da atividade no Brasil. Diante dessa demanda, optei por colocar em conversa, na próxima roda, os estudos realizados pelos pesquisadores brasileiros. Considerando as produções do grupo de pesquisa PFIST-Nepesp, ao qual sou vinculada, levei para as próximas rodas alguns artigos produzidos por esse grupo de pesquisa.

2.4 A RODA DE CONVERSA DAS PESQUISAS DA CLÍNICA DA ATIVIDADE NO BRASIL

Como já indicado, existia uma expectativa no grupo de conhecer os estudos brasileiros que utilizavam a clínica da atividade como referencial de pesquisa. Pensei para esse início promover uma discussão de um texto que trouxesse uma abordagem sobre a clínica da atividade, que possibilitasse a retomada de alguns conceitos centrais e apresentasse a trajetória brasileira dessa linha de pesquisa-intervenção. No primeiro momento, discutimos o capítulo intitulado “Clínica da atividade: dos conceitos às apropriações no Brasil”, de autoria de Osório da Silva,

Barros e Louzada (2011), publicado no livro “Clínicas do trabalho” organizado por Bendassolli e Soboll (2010). Utilizamos o tempo de dois encontros para o desenvolvimento dessa roda. Discutimos também outro artigo, cujo título é “Cartografando gêneros e estilos: nas bordas da atividade” (MATTEDI et al., 2011). Para a análise desse artigo, convidei, para fazer parte dessa conversa, um dos autores do texto a ser colocado em roda, e sua participação foi aceita.

As discussões se pautaram na caracterização do aporte conceitual da clínica da atividade por defini-la como fonte permanente de recriação de normas de viver, tendo como objeto o desenvolvimento das atividades do sujeito e seus impedimentos.

Um fato relevante apontado pelo grupo foi a questão da controvérsia. Foi mencionado por uma profissional e com concordância das demais que “[...] *na saúde pouco se discute e vive as questões da controvérsia*”. Uma outra profissional também relatou: “[...] *como menciona o próprio Yves Clot, o pior no desenvolvimento das disciplinas é contornar os conflitos e tamponar as situações*”.

Littim (2013), pesquisadora do Conservatoire National des Arts et Métiers (CNAM), que atua na equipe de Yves Clot, vem estudando mais profundamente a questão da controvérsia²³ no contexto da atividade de trabalho. Em geral, é uma temática

²³ Segundo Littim (2013), existem poucos estudos sobre controvérsia e a sua conexão com o trabalho. É um conceito que tem uma proximidade com a retórica, tem caminhos semelhantes, mas são diferentes. A controvérsia diz respeito ao confronto de visões sobre um debate. Atualmente ela vem estudando a controvérsia a partir dos estudos do filósofo brasileiro da linguagem Marcelo Dascal. Este traz a controvérsia a partir da filosofia originária desde as ideias de Kant e todo esse caminho no desenvolvimento da ciência. Ele situa a controvérsia como atividade crítica e essa questão é de relevância na filosofia grega. Apresenta três tipologias: a disputa, a discussão e a controvérsia. Para o autor, a disputa é um tipo de diálogo que dificulta o desenvolvimento de uma ação e se expressa com a marca “tem de vencer”. A discussão é caracterizada por seu caráter racional com poucas possibilidades de outros movimentos argumentativos, pois é determinada pela questão da verdade. Já na controvérsia se procuram questões específicas que podem gerar outras questões, proposições argumentativas e muitas vezes não se sabe quando se vai chegar na controvérsia. Existe um ponto de vista diferente, um desacordo. Porém nenhum argumento pode ser decisivo. E isso, para Dascal, é importante, segundo Littim, e ajuda a pensar no desenvolvimento quando se fala em controvérsia profissional. Controversar possibilita compreender melhor um problema e a posição da outra pessoa. E nessa lógica que existe uma forte convergência conceitual da controvérsia e as clínicas do trabalho. Dentro dessa contextualização, pode-se considerar ser a controvérsia um meio para o desenvolvimento do trabalho. Controversar é complexo, é prática de exercício dificultoso que muitas vezes no cotidiano se remete a questões da pessoa, do individual, da disputa e discussão (Palestra proferida sobre a temática: Trabalhos da clínica e clínica do trabalho: considerações da clínica da atividade, promovida pelo Programa de Pós-Graduação de Psicologia Institucional, na Ufes, no dia 17 de outubro de 2013).

que diz respeito a um confronto de visões necessário para o desenvolvimento do trabalho, pois leva à compreensão de uma dada situação.

Uma questão colocada pelo grupo que gerou muita controvérsia está relacionada com o uso do referencial da clínica da atividade na vigilância em saúde do trabalhador: *“Nem todo local onde vamos fazer vigilância conseguiremos colocar em prática essa instrução metodológica proposta pela clínica da atividade, acho difícil”*, expressou uma profissional da Visat. A situação levantada também foi identificada no estudo de Santorum (2006), referindo-se a uma certa interdição para o debate e confrontos na atividade de vigilância. Inclusive descreve um relato que coloca em análise esse impedimento, quando um profissional da vigilância se deparou com o empregador durante a realização de sua atividade. Compartilha-se então que a controvérsia é interdita nesse ofício, como bem define a referida autora que está em sintonia com as falas das profissionais da vigilância nesta pesquisa. Elas fazem um relato para além da vigilância, incluindo todo o contexto do trabalho em saúde. Uma delas afirma: *“Na saúde, há pouca controvérsia e muitas vezes confundem isso com uma disputa que muitas vezes pode gerar algum tipo de represália por parte da chefia”*.

No estudo de Osório da Silva (2002), também é observada essa questão, quando ela se refere ao sentido atribuído pelos trabalhadores do hospital ao trabalho. Considerando como um lugar que deve ter relações pautadas no respeito aos limites das disciplinas e responsabilidades específicas, indicam a prudência ao pensar em expor controvérsias a um determinado grupo. A autora ainda avalia que, embora existam conflitos e heterogeneidade no campo da saúde, muitas vezes, estes não podem ser expostos mediante a alegação de um certo modo de existência da harmonia e do sigilo que os gêneros convocam no exercício do ofício.

Insistimos: por que vocês consideram que não dá para usar esse método em todos os locais?

Porque tem locais que, quando vamos para uma ação de vigilância, temos até dificuldade de conversar com o trabalhador sobre o seu trabalho. Há perseguição por parte do empregador ao empregado e isto é um risco para ele perder o emprego. Por isso temos de ter cuidado. O ideal é que toda ação de vigilância tivesse ação participativa do trabalhador, mas tem

locais em que isso não é possível. Também tem a questão da demanda de tempo para o uso dessa clínica.

Tem locais que precisamos fazer várias subversões, quando vamos para uma ação de vigilância para conversar com o trabalhador. Também somos impedidos, de forma velada, muitas vezes desse contato.

Para vocês terem a ideia, quando fomos fazer uma ação de vigilância numa empresa, fomos trancados numa sala e impedidos de realizar a atividade que havíamos proposto. Isso é um exemplo para vocês verem o quanto ainda vivemos numa situação tipo de coronelismo no Brasil. Só conseguimos sair de lá depois que a médica do trabalho deu uma de louca e começou a bater na porta de forma a querer quebrar tudo e ficou gritando. Viram que a situação estava se agravando, retiraram ela e depois saímos eu e o engenheiro. Uma experiência horrorosa, de total abuso por parte da empresa. Saímos de lá e fomos para a delegacia prestar queixa e entramos com uma ação judicial contra a empresa. O processo está correndo na justiça (PROFISSIONAIS DA VISAT).

O debate trazia as experiências de trabalho na vigilância. Na descrição das cenas, via-se claramente o trabalho na vigilância em desenvolvimento pautado na experiência e percebia-se o quanto esses profissionais estão expostos às arbitrariedades de uma lógica perversa do capital por parte de alguns empresários e também toda a tensão que existe nessa relação.

Uma das profissionais reafirmou: “Então, é possível usar os métodos da clínica da atividade mas não em todo lugar”. Na análise de Liitim (2013), quando há controvérsia, o objeto de debate pode ocorrer no meio de uma intervenção. Não se sabe onde se vai chegar. A controvérsia propicia que emerja uma outra forma, um ponto diferente. Cada argumento no debate é colocado, mas nenhum é decisivo. E o fato de os argumentos não serem decisivos ajuda no desenvolvimento. Uma profissional afirmou:

Essa discussão e esses textos ainda mexem muito com a gente e não tem como não falar do nosso trabalho. O que está escrito é o que vivemos. Diz respeito a atividade na saúde do trabalhador e especialmente na vigilância. O próprio conceito de atividade que o texto traz nos mobiliza e traz os conflitos nessa atividade (PROFISSIONAL DA VISAT).

Osório da Silva, Barros e Louzada (2011, p. 191-192) assim se manifestaram:

[...] atividade: aquilo também que não se pode fazer, que não se faz, que gostaríamos de ter feito, e aquilo que guardamos no estômago, e a atividade (re)engolida, impossível, as atividades suspensas, as atividades impedidas. Não foi realizado, mas faz parte da atividade. É por isso que

podemos dizer que a atividade realizada não tem o monopólio do real da atividade, o real da atividade é muito mais vasto que a atividade realizada.

Na atividade de vigilância em saúde do trabalhador, existe uma série de ações realizadas “nos entremeios” que, por vezes, não tem visibilidade para outros profissionais que atuam na área da saúde do trabalhador, questão colocada como realidade do cenário Cerest/ES. A realização de uma ação de vigilância em um ambiente de trabalho demanda todo um conjunto de estudos e procedimentos advindos de normas antecedentes e saberes constituídos do ambiente que será visitado e analisado. É necessária a ida por várias vezes a um determinado local de trabalho até a conclusão de uma ação de vigilância com a finalização de um relatório. A questão do conflito na atividade na vigilância foi analisada e estudada por Pinheiro (1994) em sua tese de doutorado que expõe uma rede complexa no exercício dessa atividade.

A clínica da atividade é uma clínica do real, preocupada em olhar o trabalho humano como um desafio para o sujeito. A atividade de trabalho é compreendida como um exercício que convoca fortemente os trabalhadores, individual e coletivamente, a criarem e recriarem, cotidianamente, suas condições de vida. “[...] o real da atividade ultrapassa não somente a tarefa prescrita, mas também a própria atividade realizada pois a atividade não é uma unidade convencional, mas uma unidade real viva” (CLOT 2006, p. 133). Então, a estrutura da atividade de trabalho não é amorfa, ela é inacabada, é a atividade do trabalhador que torna compatível o incompatível. A atividade corresponde também ao que se faz, ao que não se pode fazer, ao que se deveria fazer, ao que se gostaria de fazer e àquilo que se faz sem necessidade. Nessa perspectiva, Clot (2006, p. 133) diz:

[...] o que é cansativo é não poder fazer o que se gosta de fazer, o que cansa é a atividade impedida, a atividade não realizada. Na realização da atividade é que surgem, por vezes, novos possíveis, momentos em que o realizado constitui-se como um recurso do real, em que as tarefas permitem o desenvolvimento do sujeito.

Uma questão insistia: as mudanças no Cerest/ES. Uma profissional dizia: “*Esse espaço está sendo destruído*”. A outra “controversou”: “*Talvez só esteja sendo transformado*”. Uma terceira profissional disse:

[...] esse espaço é conquista nossa. É o envolvimento nosso enquanto grupo. Temos uma trajetória que foi constituída coletivamente. Podemos dizer que somos um gênero. Entendemos que as políticas são feitas com o envolvimento e engajamento das pessoas (PROFISSIONAL DA VISAT).

Durante os debates, foram colocadas várias questões referentes à construção do Cerest/ES. Resgataram também a história do coletivo de trabalhadores que milita há muitos anos na área de saúde do trabalhador no Estado para a implementação dessa política. Alguns questionamentos foram feitos: As mudanças não são necessárias especialmente num espaço onde se teve uma gestão de serviços administrada por uma pessoa durante muitos anos? Não seria instigante trabalhar com um novo gerente? Quais desafios enfrentar? Atravessando esse quadro, uma nova política está sendo implantada por meio da Renast que vem propiciando outra configuração de atuação de um centro de referência estadual de saúde do trabalhador. Essas questões foram muito debatidas no grupo, de modo que os nós críticos foram tendo visibilidade e a atividade de vigilância colocada em análise.

O artigo de autoria de Osório da Silva, Barros e Louzada (2011), colocado em roda, tornou-se um dispositivo que impulsionou o grupo à necessidade de um debate sobre a questão do gênero profissional. Diante dessa demanda, propus que o próximo encontro focalizasse o capítulo intitulado “Cartografando gêneros e estilos: na borda da atividade”, de autoria de Mattedi et al., que está no livro “Trabalho docente e poder de agir: clínica da atividade, devires e análises”, organizado por Rosemberg, Ronchi-Filho e Barros (2011).

O gênero refere-se a algumas dimensões da vida coletiva do trabalho. Representa um componente transpessoal, genérico, que não diz respeito a ninguém especificamente. Refere-se aos antecedentes sociais da atividade, às regras coletivas da profissão que formam uma memória transpessoal, que dá consistência à atividade, fornecendo modelos de agir, de começar e terminar uma atividade, oferecendo recursos para enfrentar situações que são generalizadas num ofício (CLOT, 2006, 2010; OSÓRIO DA SILVA; BARROS; LOUZADA, 2011).

Dando seguimento e tendo como base os autores citados, o gênero é, ao mesmo tempo, uma referência coletiva e meio de expressão de cada trabalhador. É o que prepara, sustenta e orienta suas atividades. Por meio do acesso ao gênero, o trabalhador estiliza, o que torna possível a atividade, mas não o faz sem que,

simultaneamente, expanda o gênero profissional com seu saber-fazer singular. Assim, a atividade deve ser entendida como uma ação sempre em processo, uma mescla indissociável de singular e coletivo.

Nesse modo de análise, o conceito de atividade proposto por Clot (2006, p. 24) configura-se como: “[...] operações manuais e intelectuais realmente mobilizadas a cada instante pelo [trabalhador] para atingir seus objetivos e não apenas pelas prescritas”. A análise do trabalho, do ponto de vista da atividade, segundo esse autor, diz respeito àquilo que os trabalhadores fazem, o que eles dizem do que fazem, mas também àquilo que eles fazem do que eles dizem. Por meio desse conceito de atividade se processa o acesso a um gênero. Também é a partir dele que pensamos num trabalho sempre vivo, no qual está presente a produção de subjetividade, tornando o trabalhador, ao mesmo tempo, criador e recriador de seu modo de trabalhar.

As normas que constituem o gênero de atividade, requeridas em cada situação, devem ser vistas como um movimento e não como um estado. As regras do gênero se tornam visíveis quando este é perturbado, quando é reavaliado pelos estilos, uma *estilização* de modos de trabalhar em circulação num ofício.²⁴ Esse trabalho social prévio à ação forma o gênero desse ofício. Trata-se de uma pré-atividade, algo dado a ser recriado na ação, convenções que são recursos a essa ação (CLOT, 2006, 2010a).

Na clínica da atividade, o estilo é marcado pelo trabalhador no percurso da atividade. Ele participa da renovação do gênero, o qual nunca se pode dar por acabado. Ele vive das contribuições estilísticas que o reavaliam constantemente, que lhe dão sua dinâmica. Os gêneros momentaneamente estabilizados são um meio para se apropriar do trabalho, saber como agir. O gênero marca o pertencimento a um grupo e orienta a ação. É o que permite que duas pessoas que não se conhecem pareçam ter trabalhado juntas anteriormente.

²⁴ A definição de ofício para a clínica da atividade ultrapassa a dimensão de categoria sociológica. Refere-se a uma competência específica de acesso à identidade e à edificação de regras sociais (CLOT, 2010a). Não existe somente entre profissionais, mas em cada um deles. É necessário que o sujeito faça parte de uma comunidade profissional para que haja ofício. Ele conserva um determinado meio de trabalho. Tal operação se faz por um conjunto de repertório das atividades profissionais possíveis e impossíveis de ações. Essas se sedimentam no patrimônio coletivo de gestos, palavras a fazer e não fazer, a dizer e não dizer, de técnicas corporais consubstanciadas num legado que constitui a história de um coletivo.

O estilo situa-se sempre no âmbito do gênero. O estilo é constituído de múltiplas versões; não pode ser reduzido a uma forma subjetiva considerada com o que há de mais individual. Paradoxalmente, o estilo tem uma dimensão particular, mas é resultante da multiplicidade de experiências vividas.

Cada trabalhador pertence simultaneamente a diversos gêneros dentro do mesmo ofício. Os estilos são a reformulação dos gêneros em situação, transformando-os em recursos para a ação. O gênero, estando a serviço dos sujeitos nas situações de trabalho, também age sobre os estilos, sendo a base da estilização da atividade. Aqueles que agem são também objetos dessa ação. O trabalho de estilização dos gêneros faz com que esses se transformem e se desenvolvam. Os gêneros se mantêm vivos graças à sua recriação pelos estilos. Logo, são essas relações que se tornam recursos para o desenvolvimento tanto do gênero quanto das pessoas que trabalham (OSÓRIO DA SILVA; BARROS; LOUZADA, 2011).

A análise do trabalho nos situa diante dos conflitos recíprocos entre estilo e gêneros. Assim o trabalho pode ser visto como um processo concomitantemente coletivo e singular. O conhecimento dos gêneros profissionais mostra-se indispensável, se desejamos ter uma oportunidade de transformar/compreender as relações que envolvem os processos de trabalho. Por isso aciona um estudo da atividade cuja intenção é uma possibilidade de aliança com a força de impulsionar os trabalhadores a criar e recriar seu trabalho.

Estudar as diretrizes da clínica da atividade convocava o grupo a pensar esse ofício, que é o trabalho na vigilância em saúde do trabalhador, e os gêneros profissionais que constituem essa atividade. Buscar o argumento de uma clínica dialógica vai em contramão ao isolamento, pois o gênero isolado se enfraquece e adocece, amputando, assim, o poder de agir do trabalhador no seu espaço de trabalho. Segundo a concepção do Yves Clot (2010a), o desenvolvimento do poder de agir desloca as possibilidades de pensar, viver e trabalhar.

Para essa roda de conversa também convidei um dos autores do artigo que faz parte do grupo de pesquisa PFIST-Nepesp. Feito o convite, o pesquisador/autor aceitou a proposta. A presença de um convidado para compor a discussão em rodas produziu efeitos interessantes. As profissionais da Visat alteraram um pouco

a maneira como as rodas estavam sendo conduzidas, mantiveram-se na condição de escuta, e os diálogos aconteceram e produziram debate em relação aos conceitos de gênero e estilo na clínica da atividade.

A roda se deu primeiramente com o pronunciamento do grupo indicando ser um momento importante, porque estavam diante de um dos autores do texto. Também se sentiam privilegiadas pela oportunidade de vivenciar a educação pelo trabalho no seu ambiente laboral e a reafirmação da importância de maior proximidade entre academia e serviço.

Apesar das dificuldades encontradas, a discussão, de certa forma, criou uma inquietação: o que estamos produzindo na universidade? Que efeitos produzimos na vida dos sujeitos de pesquisa? Será que as nossas produções estão acessíveis, quanto à linguagem, àqueles que consideramos como parceiros de pesquisa? Algumas falas nessa roda merecem destaque: *“Estamos nos sentido burrinhos. A linguagem é muito difícil. Os termos muito difíceis, preciso ser alfabetizada nessa clínica”*. Uma outra profissional complementou: *“Parece coisa feita só para psicólogo ler. Será isso psicólogos?”*. Intervenções essas importantes para todos os pesquisadores.

Finalizando a discussão, foi proposto para a próxima roda de conversas o texto “Relação saúde, trabalho e clínica da atividade” (MOSCHEL et al., 2011), também produzido por pesquisadores vinculados ao nosso grupo de pesquisa (PFIST-Nepesp). A indicação desse texto se justificava pela retomada de alguns conceitos iniciados nas rodas anteriores.

2.5 A RODA DE CONVERSA QUE DEBATE A SAÚDE, O TRABALHO E A CLÍNICA DA ATIVIDADE

Ao colocar esse texto na roda, foi possível pensar questões já levantadas, em especial, aquelas referentes aos conceitos de saúde e atividade, pontuadas na primeira roda de conversa.

Durante as rodas, fica evidenciado um processo de deslocamento de posições ao se colocar em análise as atividades de vigilância e um modo de pensar essa clínica em meio aos exemplos de situações concretas dos trabalhadores que chegavam no Cerest/ES para atendimento ambulatorial e também as demandas da vigilância. Para cada demanda de um trabalhador, existe uma história coletiva do trabalho, de vidas com todas as suas singularidades.

De acordo com os pensamentos expressos nas pesquisas desenvolvidas com a clínica da atividade, por Osório da Silva (2002, 2007) e Barros (2012), transformar/compreender os processos de trabalho significa priorizar um olhar para a atividade de trabalho de uma experiência concreta em uma situação de trabalho. Seguindo essa premissa, a clínica da atividade tem sido uma importante estratégia por meio da qual pode haver uma cooperação entre cientistas, analistas do trabalho e trabalhadores. Faz do processo de coanálise do trabalho um dispositivo de transformação.

Na clínica da atividade (CLOT, 2006, 2010a), o analista do trabalho é precedido no campo por aqueles que nele vivem, sujeitos que podem compreender e transformar seu meio de trabalho para lhes dar e/ou conservar um sentido. O trabalhador elabora o que ele chama de uma psicologia prática construída pelos trabalhadores, de forma que as avaliações feitas por eles sejam consideradas e incentivadas. Essas avaliações relevantes da experiência dos próprios trabalhadores devem servir de ponto de partida à análise, apontando a possibilidade de que esse gênero se transforme ao longo do caminho. São conhecimentos indispensáveis que não podem ser considerados como pontos de vista estabilizados, como formas fechadas em si mesmas, indiferentes ao movimento de renovação do gênero a que pertencem.

Assim, os trabalhadores passam a ser os analistas do trabalho como interlocutores e, a partir dessa relação, torna-se possível construir outros modos de trabalhar. Não se trata de supervalorizar qualquer um dos saberes, os dos trabalhadores ou dos analistas em detrimento do outro. A análise não se limita aos conceitos da experiência que se forjam no dia a dia do trabalho, nem aos modos científicos, mas trata daquela que vai se produzir a partir de um desvio pela análise da atividade, que põe em confronto esses dois conjuntos de saberes.

Na clínica da atividade, o debate na análise do trabalho é tomado como um instrumento de ação. O analista ou o colega trabalhador participam dos atos e pensamentos do trabalhador, dando visibilidade às realidades do trabalho. A mudança de destinatário modifica a análise. A atividade de comentário do que é realizado varia conforme se dirija ao analista ou aos colegas de trabalho e dá um acesso diferente ao real da atividade. Os interlocutores não são obstáculos, mas recursos metodológicos.

Trocas vão acontecer, evoluindo de modo alternado sobre os registros do questionamento, da crítica, do começo de conflito, da pesquisa de um consenso, etc. Os pressupostos que no começo detinham os participantes não resistem ao processo dialógico, cuja dificuldade intrínseca, o caráter instável, suscita desequilíbrio que lhes imprime um movimento por nós qualificado de 'motricidade' (CLOT; FAÏTA, 2000, p. 21).

O sujeito pode encontrar no analista e no colega de trabalho alguma coisa de novo na atividade em análise. As diferenças entre os dois destinatários se tornam ferramentas distintas, já que essa metodologia pretende utilizar plenamente os recursos da dissonância, ou seja, aquilo que o sujeito põe em palavras a partir do debate sobre o vivido na atividade e nunca existiu. Está se falando de criação, que não é apenas uma memória da vivência anterior (OSÓRIO DA SILVA; BARROS; LOUZADA, 2011).

Sobre o referencial teórico-metodológico da clínica da atividade, Clot (2006, 2010a) nos permite afirmar que, nesse processo de coanálise do trabalho, a ação do analista ou do colega em relação à atividade é decisiva na produção de um novo trabalho, que se efetiva na medida em que ele intervém no desenvolvimento possível da ação. Tornam-se, assim, as discordâncias advindas dessa confrontação um instrumento de análise, pois a atividade de linguagem endereçada aos colegas ou ao analista é uma atividade em si e não só expressão de uma representação do sujeito. O diálogo não funciona como um revelador de um vivido. É ação sobre ação que transforma a experiência vivida, possibilitando viver outra experiência. Nosso papel é, portanto, acompanhar o desenvolvimento da ação do sujeito e a produção de subjetividade que se opera nesse processo.

A atividade não é algo pronto e acabado, à espera de uma explicação. O próprio movimento de análise não a deixa na forma em que está; ele a transforma. A

experiência tem uma história e sua análise transforma essa história. A análise do trabalho pela clínica da atividade esforça-se por enriquecer a atividade pela interferência que esta sofre em cada contexto de análise. A autoconfrontação não visa, portanto, a uma simples descrição da experiência, mas produz uma nova experiência (OSÓRIO DA SILVA; BARROS; LOUZADA, 2011).

Na experiência de pesquisa usando a imagem de vídeo em escola de ensino fundamental, Dadalto et al. (2011) descrevem que, no método de autoconfrontação, as análises se dão enquanto se intervém, enquanto se provocam desvios na atividade e, ao mesmo tempo, o gênero profissional pode ser renovado. Assim, visa-se a produzir bifurcações entre as explicações possíveis, tornando visíveis os conflitos da atividade, mediante os quais os interlocutores se defrontam na medida em que adentram pela análise do trabalho.

Desse modo, a experiência de trabalho habitual pode encontrar outros possíveis do agir e pode enriquecer-se ao tomar o gênero num debate conjunto. A atividade se transforma com o sujeito na medida em que transforma o próprio gênero profissional. A atividade salta de um gênero para outro: do primeiro gênero de atividade habitual, para o segundo gênero, o da experimentação cruzada, passando pelo gênero científico. Nessas passagens da atividade de um gênero para outro, ela é parte de vários gêneros ao mesmo tempo. Os gêneros exercem uma interferência mútua. Logo, no momento da análise, a atividade é plurigenérica, contribuindo para reavaliar os gêneros que percorre. Nenhum gênero substitui nem suprime outros; um modifica o outro, eles são obrigados a rever suas possibilidades e limites e ultrapassá-los (CLOT, 2006, 2010a; OSÓRIO DA SILVA; BARROS; LOUZADA, 2011).

Entendendo a estilização como uma reavaliação dos gêneros na ação e para uma nova ação, a análise do trabalho favorece a elaboração estilística para revitalizar o gênero. É esse o intuito que quero afirmar. Não se trata de compreender para transformar, mas transformar para compreender.

Então, a ação que pode ser discutida se transforma em outra ação. Esses mecanismos de produção da atividade, entretanto, não são diretamente observáveis, por isso faz-se o registro de uma *marca* das ações como uma forma

de acesso aos conflitos da atividade, uma forma de utilização desses debates sobre a ação que transforma, no sujeito, sua atividade.

Os próprios trabalhadores com quem se trabalha na análise passam a ser observadores, analistas, coautores na produção dos dados da pesquisa. Esta direção de análise, que se utiliza de imagens do trabalho, indica que o real da atividade ultrapassa a tarefa e também a própria atividade realizada. Para Clot (2006, p. 133): “O real da atividade é o que se revela possível, impossível ou inesperado no contato com as realidades, não faz parte das coisas que podemos observar diretamente”.

Santorum et al. (2008), ao realizarem um estudo sobre a análise coletiva do trabalho em vigilância em saúde do trabalhador, afirmam ser a autoconfrontação cruzada uma importante ferramenta de aproximação ao real da atividade. Para a autora, configura-se como um dispositivo de formação, uma vez que oferece condições para um desenvolvimento da atividade, bem como dos sujeitos que a protagonizam. Permite contemplar na análise as dimensões subjetivas integrantes da atividade de trabalho, fazendo uma “[...] ponte para um real encontro entre os saberes da experiência e os saberes formalizados/instituídos” (SANTORUM et al., 2008, p.18).

É a partir de um dispositivo comum que a atividade de trabalho, por meio dos trabalhadores e dos investigadores, pode, então, se colocar a pensar coletivamente o trabalho para reorganizá-lo.

A atividade, como algo mais do que a tarefa realizada, feita entre intenções concorrentes, exige criação. Para desenvolver o seu trabalho, o trabalhador faz debates que convocam processos subjetivos no trabalho, a realização de desvios criativos que permitem que a tarefa possa ser realizada (MATTEDI et al., 2011; OSÓRIO DA SILVA; BARROS; LOUZADA, 2011).

Afirmar uma clínica que está sempre em construção exige a participação ativa do trabalhador como analista de sua atividade. Compreender a atividade é também transformá-la e, como este estudo envolve mobilização subjetiva, isto é, a análise

de como o trabalhador desenvolve a atividade, a metodologia proposta passa a se constituir, ao mesmo tempo, em pesquisa- intervenção no coletivo de trabalho.

Alguns estudos brasileiros têm dado abertura para outras modulações do método. Dentre estes, temos a pesquisa de Santorum (2006) que, ao analisar a atividade dos profissionais da vigilância em saúde do trabalhador, enfrentou impasses antes de iniciar a filmagem das ações. A pesquisadora informou que eles evoluíram para a decisão de registrar o processo de vigilância da forma mais completa possível, sem definição prévia de situações. Esse fato implicou adaptações do método de autoconfrontação cruzada conforme proposto por seus autores originários, o que envolveu a criação de mais uma fase.

Osório da Silva (2010) fez a opção de utilizar, como dispositivo, a fotografia no lugar do vídeo, para analisar o trabalho de profissionais de saúde de um hospital público do Rio de Janeiro. Essa modulação na autoconfrontação, embora a imagem continue sendo o disparador do processo dialógico sobre o trabalho, é denominada por essa pesquisadora de oficina de fotos. Para trazer o trabalhador da saúde para o lugar de analista, é proposto para ele que produza diretamente o material a ser analisado, a saber, fotos de situações positivas e negativas do trabalho em saúde.

Amador (2009), ao realizar sua pesquisa com a temática trabalho-atividade-subjetivação com agentes penitenciárias, utilizou a experimentação por meio do vídeo como dispositivo, denominado por ela de tecnopoético, para análise em clínica do trabalho.

Pesquisadores do PFIST-Nepesp (2011) também têm experimentado outras modulações da análise da atividade de trabalho, tendo como interlocutora a clínica da atividade. Dentre esses estudos, destacam-se: as pesquisas com professores do ensino fundamental público da Serra/ES que foram constitutivas do livro “Trabalho docente e poder de agir: clínica da atividade, devires e análises”, organizado por Rosemberg, Ronchi-Filho e Barros (2011); estudos com os professores universitários da Universidade Federal do Espírito Santo (ROSEMBERG, 2011); pesquisas envolvendo categorias profissionais, como motoristas de ônibus (ZAMBONI, 2011); trabalhadores do mármore e granito

(PACHECO, 2010); trabalhadores do restaurante universitário da Universidade Federal do Espírito Santo (FERNANDES, 2011), dentre outros. Assim, esse grupo de pesquisa tem produzido modos de produção de conhecimento tendo como interlocutora a clínica da atividade, associada a outros aportes teóricos de análise do trabalho.

Na ótica de Clot (2006), a clínica da atividade busca, a partir da análise estilística das ações, colocar o gênero a trabalhar para que ele permaneça, volte a ser ou passe a ser meio de agir coletiva e individualmente em cada situação. A análise da atividade por esta clínica do trabalho visa a impedir que os canais de transmissão da experiência sejam reduzidos ao silêncio. Desse modo, o gênero se amplia diante das variabilidades, com mudanças das técnicas, dos procedimentos e da organização formal. Os gêneros existem não só para digerir as mudanças como também para retroalimentá-las, forjando mecanismos que fazem avançar os conceitos, as normas oficiais e os sistemas técnicos.

No enveredar da discussão sobre análise do trabalho, as profissionais da Visat colocaram nessa roda as solicitações advindas do Iases²⁵ e dos professores que chegam ao Cerest/ES, que são categorias de servidores públicos cuja demanda era emergente no momento naquele serviço. Indagavam a possibilidade de usar as ferramentas da clínica da atividade no processo de intervenção, especialmente no Iases, onde existia uma solicitação institucionalizada por parte daquele órgão de governo. Quanto aos professores, as demandas eram individuais. O relato das profissionais do Cerest/ES era que os docentes procuram o serviço para a resolução específica de seu caso. Houve a tentativa para aliança de algumas parcerias com o sindicato de professores, porém nenhuma delas seguiu adiante para um trabalho mais amplo com a categoria:

[...] muitas vezes tentamos fazer mais e não aparece o que fazemos. Isso também é atividade, se olharmos para ela no sentido da clínica da atividade. Podemos entender que várias atividade foram realizadas para que pudéssemos ter uma ação mais efetiva na promoção da saúde dos

²⁵ Instituto de Atendimento Socioeducativo do Espírito Santo. É um órgão estadual vinculado à Secretaria de Justiça, com o objetivo de planejar, assessorar, coordenar e articular a execução das medidas socioeducativas e promover a defesa dos direitos de adolescentes em conflito com a lei (www.iases.es.gov.br). As demandas referidas no texto dizem respeito a adoecimento dos agentes socioeducativos.

professores, mas não se tem a visibilidade disso (PROFISSIONAL DA VISAT).

Trouxeram para roda uma atividade grupal realizada no Cerest/ES, denominada grupo qualidade de vida,²⁶ como uma proposta de promoção da saúde. Esse é um dos espaços que estavam fazendo o uso do método de instrução ao sócia.

Os grupos acabam produzindo aprendizagem para todos os integrantes, eles e nós da equipe que acompanhamos os grupos. Nesses grupos, existe toda uma orientação dos caminhos, os problemas enfrentados, é uma partilha de vida. Inclusive temos usado o método da instrução ao sócia nesse grupo, no sentido de melhor entendimento da atividade e história de cada trabalhador (PROFISSIONAL DA VISAT).

As questões da conjuntura política sempre apareciam associadas ao trabalho, e a citação de Marx (2002) estava sempre “na ponta da língua”. O grupo possui leitura do referencial do materialismo histórico, especialmente as assistentes sociais, e esses elementos sempre compareciam. Eram recorrentes as falas sobre o trabalho e sua dimensão central na sociedade capitalista.

Considerando as várias correntes de pensamento nos diversos campos de conhecimento que abordam a questão do trabalho, fazemos aqui a análise do trabalho sob o ponto de vista da atividade. A escolha para essa ótica é, como já indicamos, o referencial teórico-metodológico da clínica da atividade. Para Clot (2001, 2006), o trabalho é visto como atividade concreta. A atividade de trabalho demanda uma série de operações manuais e intelectuais que são mobilizadas a cada instante pelo trabalhador para atingir os seus objetivos e não apenas as tarefas que estão prescritas. Nessa dimensão da atividade, Clot concebe o trabalho como um processo de criação e recriação da história de um ofício. Reitera ainda que, a partir desse processo, que é ao mesmo tempo singular e coletivo, qualquer que seja o trabalho, trabalhar é sempre de alguma forma reconceber a tarefa colocando a serviço da própria atividade ou daquela partilhada com os

²⁶ Grupo qualidade de vida. São grupos de trabalhadores que sofreram doenças crônicas relacionadas com o trabalho organizado no Cerest/ES. São coordenados por dois profissionais de diferentes formações. Tem como objetivo ser um instrumento de ação desses trabalhadores em relação à circulação da fala diante da situação de sofrimento enfrentada, trocas de experiências, orientações e a busca de estratégias de enfrentamento. São geralmente constituídos de encontros semanais ou quinzenais de acordo com a constituição e gerenciamento das demandas de seus integrantes.

outros, esforçando-se para comandá-la como um ato vivo. Portanto, no trabalho sempre há uma dimensão de conflito.

Diante das conversas a respeito do trabalho sob o ponto de vista da atividade, era perceptível como esse gênero vigilante em saúde do trabalhador estava em processo de desenvolvimento, transformação: colocando em análise a sua atividade, questionando o modo como se dava o seu processo de trabalho, vislumbrando caminhos de afirmação de um exercício profissional condizente no que consideravam como ético nessa atividade, garantindo momentos e ações naquele serviço, dentre eles, a retomada desse espaço de formação permanente.

A invenção de uma forma de agir pelo sujeito consiste em uma maneira que incorpora a ação do outro e a ação prescrita. Portanto, o trabalho é tido como uma atividade dirigida em seu desenvolvimento; dirigida pelo sujeito, para o objeto e para a atividade dos outros, com mediação de um gênero profissional (CLOT, 2006, 2010a).

Essa roda possibilitou a retomada da discussão sobre o gênero profissional. A dimensão que conserva e transmite a história social do ambiente de trabalho carrega não só os seus sucessos, mas também todos os equívocos que o coletivo deixou manter. O gênero retém a memória do meio, prepara, sustenta e orienta os trabalhadores para a atividade em cada situação. Age como aparato coletivo que propicia aos sujeitos superar o fosso que existe entre a organização do trabalho e a vida. Também protege os trabalhadores de trabalharem e errarem sozinhos. Atua como mediador da relação do trabalhador com o objeto e a organização de seu trabalho, bem como da relação com os outros trabalhadores. Não nega as prescrições e as exigências da organização, mas auxilia os trabalhadores a organizá-las de forma a estreitar o hiato entre o trabalho prescrito e realizado. Nesse momento de discussão do gênero profissional, as trabalhadoras vigilantes em saúde do trabalhador assumem-se como um gênero profissional em formação:

[...] somos um gênero composto de vários outros gêneros e assim nos constituímos nesse ofício. Aqui, no Cerest, temos vários gêneros que compõem a equipe de vigilância em saúde do trabalhador.

Quando um novo membro vai se integrar à equipe, existe uma memória de como fazer a atividade, além da necessidade de muito estudo, porque

são diferentes ambientes de trabalho e cada experiência é singular. É o gênero em ação (PROFISSIONAL DA VISAT).

Esse modo de análise da atividade na vigilância em saúde do trabalhador traz as experiências de seus integrantes que compõem e se reconhecem como um gênero profissional nessa atividade.

A atividade que se realiza num gênero dado tem uma parte explícita e outra parte subentendida. A parte subentendida da atividade é aquilo que os trabalhadores de um meio dado conhecem e vêem, esperam e reconhecem, apreciam ou temem; é o que lhes é comum e os reúne em condições reais de vida, o que eles sabem que devem fazer graças a uma comunidade e avaliações pressupostas, sem que seja necessário re-especificar a tarefa cada vez que ela se apresenta. É como uma senha conhecida apenas por aqueles que pertencem ao mesmo horizonte social e profissional. Para serem eficazes, elas são econômicas e, na maioria das vezes, sequer são enunciadas. Entram na carne dos profissionais, pré-organizam suas operações e seu comportamento (CLOT, 2006, p. 41).

Assim entendemos um gênero profissional como uma dimensão que se “capilariza” no tecido celular dos profissionais. É preciso compartilhar o gênero de modo que a atividade componha-se de um coletivo profissional, para dar conta de um trabalho com uma série de códigos coletivos que possibilite a ação. Faz parte do gênero profissional a criação de normas. São elas que norteiam e, ao mesmo tempo, possibilitam os instrumentos de ação da atividade profissional. Neste caso, a vigilância em saúde do trabalhador, temos uma atividade demarcada com significativa normatização e que a todo momento está se modelando diante das mudanças nos processos de trabalho e também das atualizações das normas/leis que embasam a atividade.

Assim, podemos considerar o gênero vigilante em saúde do trabalhador como uma obra aberta em processo que arrasta a memória impessoal, num movimento que é ação posta em execução pelo trabalhador que singulariza o gênero com seu estilo e, ao mesmo tempo, coletiviza o seu saber-fazer.

O gênero dá o tom da ação. Permite que um trabalhador “[...] não erre sozinho e lhes serve de recurso para enfrentar o real [...]. Os gêneros profissionais são modos de apreensão de saberes, recursos para evitar errar por si só diante da extensão de tolices possíveis” (CLOT, 2006, p. 47-49).

É fundamental que o gênero seja alimentado constantemente por modos singulares que constituem o exercício profissional. É importante, então, que os modos de trabalhar sejam atualizados no sentido de fortalecer esse gênero e assim evitar o seu isolamento. Portanto, analisar a atividade de trabalho é uma estratégia de produção de diálogo com a função de agir e transformar.

Na continuidade da conversa sobre o trabalho, criticaram a política do Estado do Espírito Santo, que diferencia as profissões que constituem a equipe de saúde dando prioridade a algumas em detrimento de outras, especialmente no que se refere aos salários e carga horária semanal. Esse fato tem implicação na saúde do trabalhador, por ser uma área interdisciplinar em que persistem práticas multiprofissionais. Existem tentativas para a realização de atividades interdisciplinares em alguns momentos para parte das profissionais que realizavam essa prática. Para outras, não havia controvérsias. Essa lógica se reproduz em outros serviços de saúde.

Machado (2011), ao apresentar os pressupostos da vigilância em saúde do trabalhador no Brasil, corrobora a afirmação da existência de práticas multiprofissionais e interdisciplinares na saúde do trabalhador. Reitera a necessidade de um exercício contínuo na busca e avanço da Visat, na articulação de práticas e saberes de várias disciplinas.

A instrução normativa de vigilância em saúde do trabalhador no SUS (Portaria nº. 3.120/98) designa, como um dos princípios da Visat, a interdisciplinaridade que deve contemplar os saberes técnicos com as diferentes áreas do conhecimento e, fundamentalmente, o saber do trabalhador necessário ao desenvolvimento da ação.

Outra questão em debate trata da relevância que é dada à produtividade do atendimento médico e individual. Para as profissionais, essa situação condiz com um tipo de política que fragiliza o ofício na atividade de vigilância em saúde do trabalhador.

[...] quando a gente faz uma ação de vigilância, não estamos assistindo apenas um trabalhador, mas estamos fazendo uma intervenção que envolve todos os trabalhadores daquele local, além dos desdobramentos

que a atividade requer, diferentemente de quando a gente faz um atendimento individual (PROFISSIONAL DA VISAT).

Na roda, relataram que, ao atender um trabalhador, entende-se também que aquela situação pode ser um caso índice do ponto de vista da epidemiologia. Porém, o que tem visibilidade nas políticas de saúde não é isso, uma vez que o sistema de avaliação, controle e regulação da saúde está embasado na produtividade com ênfase nos atendimentos realizados. Então, se é o quantitativo que prevalece, dessa maneira, os atendimentos individuais acabam sendo priorizados. Dentre eles, a consulta médica é destaque, gerando uma situação de relevância com efeitos para a manutenção hegemônica de determinadas atividades e categorias profissionais. Esse fato foi levantado como questão pelo grupo no sentido de reafirmar como algumas ações da política de saúde interferem para a fragilização do ofício de vigilante em saúde do trabalhador, considerando que a vigilância requer engendramentos que vão na direção contrária à atuação individual.

Também mencionaram o evento promovido pela Secretária Estadual da Saúde em 2012, quando aconteceu a primeira amostra de experiências bem-sucedidas em vigilância em saúde no Estado do Espírito Santo (I Expoviges).

[...] então, nesse evento, a Expoviges, verificamos que a maioria dos trabalhadores da saúde da vigilância, que são aqueles que 'tocam o piano' e que carregam o trabalho com o seu compromisso e acabam se dedicando exclusivamente a essa atividade profissional no SUS, são, na maioria, os profissionais não médicos. Isso é apenas um exemplo do que a gente vê, o que prevalece (PROFISSIONAL DA VISAT).

Essas questões nos lembraram de alguns escritos de Foucault (2012), quando analisa temas relacionados com a Medicina na política de saúde no século XVIII e que se perpetuam na atualidade. Descreve que a “[...] medicina ocupa um lugar cada vez mais importante nas estruturas administrativas e na sua maquinaria do poder que não cessa” (FOUCAULT, 2012, p. 367). O profissional médico está presente nas diferentes instâncias e configurações do poder.

Não é objetivo desta tese analisar a questão da Medicina, o trabalho do médico na equipe de saúde e as repercussões que envolvem as políticas de saúde. Mas essas são questões que perpassam o discorrer desta tese quando me refiro à

atividade na vigilância e à formação na saúde. Autores como Merhy (2007), Bonaldi (2011), dentre outros, vêm estudando a temática. Aqui, apenas, levanto uma linha de indagação que ficará aberta para novas possibilidades de pesquisa, no sentido de situar essa relação na condução das políticas de saúde e a maneira como os governos vêm administrando os chamados “recursos humanos” na saúde,²⁷ bem como estabelecendo critérios de regulação e avaliação de serviços voltados para uma certa lógica hegemônica médico-centrada.

Esse foi um tema veemente na discussão sobre as políticas de saúde que privilegiam, em muitos momentos, os atendimentos individuais e reforçam a lógica da produtividade. Percebe-se que se prioriza um certo saber, especialmente quando o serviço é de referência e especializado. Muitas vezes, essa lógica faz com que o médico fique mais restrito aos atendimentos individuais, envolvido em consultas e na elucidação de diagnóstico. Isso faz com que esse profissional não seja convocado a se engajar com mais afinco nas atividades de âmbito coletivo, como aquelas da vigilância, que envolve, além dos atendimentos individuais, outras modalidades de intervenção, como: acionar e alimentar o sistema de informação em saúde, fazer análises epidemiológicas, estudar e discutir casos, bem como, o seu compartilhamento com os demais integrantes da equipe.

Assim, atividades como essas acabam gerando um sobretrabalho e vão além de um atendimento clínico-médico até mesmo com repercussões em outras esferas/instâncias. Na área de saúde do trabalhador, não é incomum que esse médico que acompanha um caso seja acionado e intimado por outros órgãos, especialmente o da Justiça do Trabalho, para confirmar o seu parecer ou laudo mediante uma ação trabalhista, envolvendo um trabalhador assistido por ele e a equipe. Isso também acaba gerando uma repercussão nefasta para o exercício profissional na constituição do ofício em saúde do trabalhador.

Essa repercussão faz com que haja dificuldade de adesão na entrada de médicos do trabalho para atuar no Cerest/ES. Segundo a coordenação do serviço, o centro de referência, além da dificuldade na adesão de novos profissionais da área da Medicina do Trabalho, também tem dificuldades de ter um profissional médico com

²⁷ Recursos humanos na saúde é uma terminologia usada pelos setores que administram a gestão dos profissionais de saúde nas Secretarias e Ministério da Saúde.

“[...] perfil mais voltado para os engajamentos nas questões relacionadas a atividade na saúde do trabalhador, especialmente na vigilância”. Argumentam que essas situações citadas não incomuns, fazem com que o profissional não queira se manter num serviço de tal natureza, considerando os desdobramentos que a atividade vai requerer, especialmente quando se tem interferência de outras instâncias institucionais.

Também na discussão em roda foram debatidas as diversas formas como está sendo implantada a política de “recursos humanos” pela Sesa. Relataram que, nos últimos concursos, os profissionais de saúde de nível superior foram concursados e designados como analistas (enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, dentre outros), exceto os médicos. A questão pontuada diz respeito ao papel do Estado de subverter uma série de regulamentações no mundo do trabalho, como flexibilização de alguns direitos conquistados, entre eles, carga horária semanal de algumas categorias profissionais e trabalho temporário. Citaram o exemplo da fonoaudióloga que trabalhou treze anos naquele serviço com um contrato, devido à inexistência de concurso público na saúde, dentre outras modificações nas relações de trabalho.

No encerramento da roda nesses encontros dialógicos em vigilância, pensei discutir, fortalecer e ampliar para os próximos encontros temas que abordem questões específicas na produção de imagens, como dispositivos de intervenção-pesquisa na área de saúde no trabalho, e possibilitar novas conversas. Assim a roda foi finalizada com as seguintes expressões das profissionais da Visat:

Acho bacana esses conceitos da clínica da atividade e como podemos pensar na nossa atividade na saúde do trabalhador.

Os conceitos nos movem no nosso trabalho.

Esse espaço de encontros, conversas e estudos está sendo muito importante pra gente. Faz parte de nossa atividade conhecer e pensar juntos o trabalho, por isso tem sido muito importante (PROFISSIONAIS DA VISAT).

2.6 A RODA DOS DISPOSITIVOS IMAGÉTICOS NA ANÁLISE DA ATIVIDADE

A roda de conversa sobre os dispositivos imagéticos na análise da atividade foi realizada tendo com disparador o artigo intitulado “Experimentando a fotografia como ferramenta de análise da atividade de trabalho” (OSÓRIO DA SILVA, 2010). O objetivo era trazer experiências de pesquisadores brasileiros no sentido de debater o uso da imagem como instrumento de trabalho na vigilância. Ao se confrontarem com o texto, as participantes relataram que, em suas atividades, utilizam a imagem como uma forma de representação de uma dada realidade que encontram, diferentemente da proposta da clínica da atividade que usa os recursos imagéticos como dispositivo para o desenvolvimento da clínica dialógica.

A intervenção proposta por Osório da Silva (2010, p. 46)

[...] busca provocar as possibilidades que os trabalhadores têm de criar e recriar recursos para sua atividade profissional. O dispositivo instalado deve levar o trabalhador à posição de observador de seu próprio trabalho. O analista do trabalho, como interlocutor, busca possibilitar que o trabalhador se surpreenda com aquilo que, muito familiar, já passava despercebido. E favorecer que os diferentes modos possíveis de enfrentamento do real da atividade sejam postos em debate, desenvolvendo o gênero e ampliando suas possibilidades como instrumento para a ação de cada um.

Após a leitura da citação, relataram que pensar na imagem como possibilidade de intervenção é algo novo para o grupo. Para as profissionais da Visat, a imagem produzida pelas fotos e vídeos na atividade da vigilância no Cerest/ES tem como funções:

[...] comprovar a situação encontrada, demarcar uma situação de risco grave de acordo com as normas de segurança do Ministério da Trabalho (Portaria nº. 3.214/78), subsidiar o nexo causal e referendar as recomendações propostas após o momento de sugestão para a adequação de uma situação identificada anteriormente em um determinado local de trabalho e ajudar na produção do relatório final (PROFISSIONAL DA VISAT).

Nesse momento, foi possível fazer uma análise de uma ação realizada recentemente em uma padaria. A visita a esse local veio de uma demanda do Ministério Público do Trabalho decorrente de um acidente de trabalho grave ocorrido com uma funcionária da referida panificadora. Nesse local, tiveram

oportunidade de conversar com os trabalhadores, mesmo entendendo que essa conversa era limitada. Também constataram a falta de articulação intersetorial na própria saúde, considerando que seria primordial o trabalho de orientação conjunta com a Vigilância Sanitária do município, em relação às questões de segurança e saúde dos trabalhadores nos ambientes de trabalho. Nesse exemplo, de pequeno estabelecimento de periferia, expressaram que encontraram pouca orientação por parte dos responsáveis pela empresa quanto às medidas de segurança voltadas ao trabalhador e não entendiam como a Vigilância Sanitária municipal liberava alvará sanitário em situação de precariedade na condição de trabalho como a encontrada naquele estabelecimento.

Pesquisadores da área da saúde do trabalhador questionam a falta ou a dificuldade de uma ação intersetorial na própria área da saúde (VASCONCELOS, 2011; LACAZ; SANTOS, 2010; MACHADO, 2011). Algumas tentativas de minimizar a falta desse processo articulador dos setores vêm sendo adotadas pelo Cerest/ES, no sentido de pensar ações de saúde mais integradas, por exemplo, as formações que ministram para as Equipes das Vigilâncias Sanitárias dos municípios. Acreditam que promover e acompanhar a formação das Equipes de Vigilância e introduzir o enfoque da categoria trabalho e seus processos é uma das maneiras de contribuir para uma ação intersetorial, visando à questão da vigilância em saúde do trabalhador. Relataram exemplos desse tipo de ação realizada com as equipes dos municípios e afirmaram que essas ações produziram boas experiências conjuntas. Vislumbrei na roda uma grande possibilidade de utilização desses dispositivos imagéticos nos cursos de formação voltados para a questão da vigilância da saúde do trabalhador, quando se faz a análise da atividade de trabalho.

No diálogo com o texto da fotografia, como ferramenta de análise da atividade, e o uso desse dispositivo, (re)pensavam a sua prática na vigilância e analisavam as possibilidades de usar esse dispositivo no diálogo e desenvolvimento da análise no trabalho.

Quando a gente vai nessas grandes empresas, a marcação é intensa. Muitas vezes nos sentimos marcados, a exemplo de uma partida de futebol. Somos recebidos por uma equipe da empresa e acompanhados por eles. Cada supervisor ou outro trabalhador da empresa designado a

nos acompanhar ficam na marcação, tipo jogo de futebol mesmo. Às vezes a gente tenta driblar e assim buscar algo que escapula àquela marcação e poder conversar com o trabalhador, mas, mesmo assim, é difícil. Também, em muitas situações, conversar com o trabalhador gera risco para ele, em relação a seu emprego naquele local. A todo modo estamos em terreno muito fértil a movediças constantes, quando fazemos essas inspeções nos locais de trabalho. Colocar, então, uma máquina de fotografia na mão do trabalhador para fotografar a sua atividade e ou ambiente, muitas vezes, é muito difícil em alguns ambientes de trabalho (PROFISSIONAL DA VISAT).

E nas pequenas empresas, é possível?

[...] às vezes também não. Isso depende de cada local. Mas o acesso nosso nas pequenas é menos burocratizado, mas, por outro lado, é um número menor de trabalhadores, e a marcação individual a esse trabalhador abordado por nós pode acontecer em forma de represália por parte do empregador, posteriormente. Todo o cuidado é pouco (PROFISSIONAL DA VISAT).

Então é possível usar essas ferramentas na ação de vigilância que realizam? “*Em alguns locais acreditamos que sim*”. Citaram um exemplo de um trabalho realizado conjuntamente, via Ministério Público do Trabalho, anos atrás, com os trabalhadores de coleta de lixo do município de Vitória. Nesse trabalho, tiveram apoio do sindicato da categoria e a metodologia usada incluiu avaliação clínica dos trabalhadores, grupos focais sobre a saúde e trabalho na coleta de lixo, análise das condições do ambiente e dos processos de trabalho. Filmaram e fotografaram as atividades, e essas imagens foram realizadas pelos próprios profissionais, a partir do relato dos trabalhadores.

Esse foi um tipo de trabalho que seria possível a utilização dos recursos técnicos da clínica da atividade na análise na atividade de vigilância. Se conhecêssemos na época, podíamos ter aplicado, considerando que, nesse trabalho, tivemos oportunidade de experimentar outros recursos que privilegiassem a fala e participação do trabalhador. Tivemos tempo de fazer quatro grupos focais com eles. Foi um estudo em que o protagonismo do trabalhador foi privilegiado e alcançado (PROFISSIONAL DA VISAT).

Também identificaram a possibilidade de fazer um trabalho semelhante com a Guarda Civil do município de Vitória e os eletricitários, porque eram demandas emergentes que estavam chegando ao Cerest/ES naquele momento. Vislumbravam a viabilidade de colocar em curso o desenvolvimento das

ferramentas de análise da clínica da atividade nas avaliações dos ambientes de trabalho desses trabalhadores e assim experimentar esses dispositivos.

Para Osório da Silva (2010), o desenvolvimento no Brasil de uma rede de vigilância em saúde do trabalhador convoca os profissionais da área a pensar em modos mais libertários e não mais ligados ao controle e disciplinamento. Esse é um desafio a ser superado na saúde do trabalhador, pelo fato de essa área herdar fragmentos originários de resquícios históricos de práticas de controle pelo Estado, vigilância e disciplinamento.

Ao final das conversas nessa roda, uma das profissionais relatou:

[...] vejo a clínica da atividade como uma nova ferramenta que possibilita esse novo olhar. Essa nova ferramenta eu tenho utilizado, na minha clínica, no atendimento individual. Ela nos ajuda no atendimento aos trabalhadores e a gente tem oportunidade de acompanhar os efeitos dela a partir dos atendimentos subsequentes e também o que tem produzido na gente (PROFISSIONAL DA VISAT).

Então, mais um dia de trabalho foi cumprido e afixei uma proposta para o próximo encontro: realização de uma análise mais detalhada da atividade na vigilância em saúde do trabalhador no Cerest/ES, considerando que, durante os encontros em rodas, essas análises já compareceram, mesmo de forma ínfima. Na tentativa de entendê-las de modo mais detalhado e compor a premissa de que analisar processos de trabalho é uma das vias possíveis para se pensar os processos formativos, o grupo foi convocado a realizar, nos próximos dois encontros subsequentes, a análise da atividade na vigilância em saúde do trabalhador no Cerest/ES.

2.7 AS RODAS DE ANÁLISE DA ATIVIDADE NA VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR

Ao longo dos encontros nas rodas de conversas, a análise da atividade na vigilância em saúde do trabalhador era convocada à medida que o grupo trazia as cenas das situações encontradas e experimentadas nesse ofício.

O termo vigilância possui uma série de denominações no campo da saúde. Isso se deve, especialmente, ao seu uso como ferramenta nos vários cenários. Como

exemplo, cito: vigilância das doenças crônicas não transmissíveis (hipertensão arterial, diabetes, câncer etc.); vigilância das doenças transmissíveis (dengue, AIDS, tuberculose etc.); vigilância das doenças imunopreveníveis (poliomielite, sarampo, tétano etc.); vigilância alimentar e nutricional; vigilância dos agrotóxicos; Vigilância Sanitária, ambiental, epidemiológica e saúde do trabalhador.

Na vigilância em saúde do trabalhador, também se encontra uma série de denominações referentes ao termo vigilância que vai ao encontro dos modos de intervenção em determinada população, território e fonte causal. Para ilustrar, temos várias experiências apresentadas por pesquisadores brasileiros na Visat como: vigilância na prevenção de acidentes do trabalho (ALMEIDA et al., 2013); vigilância em saúde do trabalhador na indústria naval (MACHADO, 2013); vigilância do amianto (CASTRO, 2013); vigilância do trabalho infantil em rede (SKAMVETSAKIS et al., 2013).

Historicamente, a palavra vigilância refere-se a um aporte conceitual da saúde pública. Segundo Pinheiro (1996), não existe um consenso quanto aos seus precursores e a origem dessa terminologia no campo da saúde. Ainda para esse autor, Hipócrates, considerado o pai da Medicina, já mencionava, em suas práticas, pressupostos clássicos que compõem as dimensões basilares da vigilância em observar, registrar, coletar, analisar e prever fatores relacionados com o processo saúde-doença.

Nesse percurso, faz-se a demarcação de que a vigilância em saúde surge no século XVII, no contexto europeu, como polícia sanitária voltada para o controle de doenças contagiosas. No Brasil, esse processo inicia-se mais tarde, por volta dos séculos XVIII e XIX, quando teve um incremento com a transferência da Corte Portuguesa para o País. Na época da República, houve um período de emergência da saúde pública em decorrência dos movimentos das campanhas sanitárias, incremento do espaço urbano e início do processo de industrialização. Dentre esses, pode ser destacada a revolta da vacina²⁸ (COSTA, 1985).

²⁸ A revolta da vacina constituiu em um movimento político ocorrido no Brasil Republicano durante o governo Rodrigues Alves (1904). Um evento que teve como deflagrador a imposição de vacinação obrigatória contra a varíola, ação essa coordenada pelo médico sanitário Oswaldo Cruz que, na época, chefiava o Departamento de Saúde Pública. Na análise histórica daquele momento, muitos

A vigilância em saúde, na concepção de Paim e Almeida (2000), é considerada como uma articulação de saberes e práticas sanitárias que vem se constituindo no SUS. Emerge da tentativa de uma concepção integrada das práticas das vigilâncias, especialmente a epidemiológica, sanitária e ambiental. Ela desloca o olhar para o modo de vida das pessoas e não apenas visualiza a doença, intervém sobre os problemas referentes à saúde que requerem atenção e acompanhamento contínuo, operacionaliza o conceito de risco, articula ação de promoção, prevenção, cura e reabilitação. Tem como direção a intersetorialidade na intervenção sobre um determinado território, com base no planejamento das ações e análises das situações encontradas.

A vigilância em saúde é tema de muitos debates no campo da saúde. Existem controvérsias em relação ao seu aspecto epistemológico. Para Machado (1996), a vigilância pode ser vista, em sua forma restrita, como monitoramento de doenças, resultantes da conjugação de atendimento médico clínico e de acompanhamento de população, expostas por meio de indicadores biológicos de exposição e efeitos.

Um dos debates colocados na questão da vigilância em saúde é o fato de que, ao englobar “as vigilâncias”, ela restringe a vigilância epidemiológica ao limite técnico das informações decorrentes das doenças e cristaliza a Vigilância Sanitária, cujo papel é de intervenção sobre os fatores que estejam contribuindo para o risco de uma população e ocorrência de doenças. Também introduz a vigilância ambiental, ainda de forma incipiente, no modo mais amplo de possibilidades na atenção à saúde. Diante de tal fragmentação e efervescência da política de saúde do trabalhador no SUS, emerge a vigilância em saúde do trabalhador. Esta, portanto, é efeito das políticas de saúde diante dos movimentos que estavam sendo engendrados no SUS, na perspectiva de superar essa dicotomia, considerando que, na Visat, é essencial a integração dessas concepções na sua prática cotidiana.

acontecimentos de insatisfação popular estavam ocorrendo, por diversos motivos, porém a obrigatoriedade da vacinação em massa foi um marco na história da saúde pública brasileira. Dentre os outros acontecimentos, estavam o saneamento urbano da cidade do Rio de Janeiro, com a expulsão arbitrária das populações de baixa condição socioeconômica da área urbana de interesse do capital e ao desenvolvimento da cidade, com a justificativa principal de erradicação das doenças como febre amarela, varíola e a peste bubônica (FINKELMAN, 2002; COSTA, 1985).

Machado (2011) diz que a Visat se distingue das demais vigilâncias pela delimitação de seu objeto específico de investigação e intervenção, na relação entre os processos de trabalho e a saúde nos diversos espaços produtivos, sejam eles: formais e informais, urbanos e rurais. Também se insere nas práticas de um Estado que se modula pela correlação de forças políticas, históricas e sociais, nas quais os conflitos emergem a todo o tempo.

Ainda na discussão sobre saúde e trabalho no Brasil, a influência de vários estudiosos, dentre eles, Laurel e Noriega (1989), amplia o campo de análise, ao introduzir o conceito de cargas de trabalho, enfatizando que a categoria trabalho é um fator de relevância no processo saúde-doença. Nessa lógica, também houve influência do modelo de saúde da Itália, difundido a partir de Yvar Oddone (1986), que inicia discussões e publicações em estudos pautados na relação entre os riscos do ambiente de trabalho e a necessidade da luta coletiva dos trabalhadores na busca por melhores condições de trabalho, tomando como base o modelo operário italiano. Segundo Paiva e Vasconcellos (2011, p. 357),

O modelo operário italiano foi um movimento que influenciou e redirecionou o debate das relações saúde-trabalho no século XX. Teve como propósito combater a nocividade nos ambientes de trabalho e romper com o paradigma de que a defesa da saúde deveria ficar a cargo de órgãos oficiais. A participação dos trabalhadores ativa, seu conhecimento e autonomia possibilitaram a construção dessa não delegação e o direito do controle das condições do ambiente de trabalho.

Também já se observava, desde o final da década de 1970, um certo questionamento em relação às práticas realizadas pela Medicina do Trabalho e pela Saúde Ocupacional.

Na descrição de uma trajetória histórica nesta relação de percurso nos itinerários da Medicina do Trabalho a Saúde Ocupacional, os escritos de Foucault (1982) analisam as questões que envolvem o interesse nas relações entre saúde e trabalho, em meados do século XIX. Essa prática ganhou força especialmente na Inglaterra, no bojo da promulgação da “Lei dos pobres”, que visava à assistência médica ao pobre, controle da força de trabalho e esquadramento da saúde pública, permitindo à classe social mais rica se proteger dos perigos dos pobres e torná-los saudáveis para a produção.

Na descrição da abordagem saúde-trabalho, houve ações iniciais voltadas para a saúde pública por meio das inspeções das fábricas. Para Henriques (1989), foi no governo Vargas que ocorreu a marcante cisão de atribuições entre o setor saúde (que passa a cuidar da assistência) e o setor trabalho (que passa a realizar a fiscalização nos ambientes de trabalho). Essa situação se consolidou mesmo diante da existência de aspectos relacionadas com as condições de trabalho. São questões que reverberam aos dias atuais, tornando a intersetorialidade na saúde do trabalhador um dos nós críticos nessa discussão.

Contribuem para esse diálogo os escritos de Minayo Gomes e Thedim Costa (1997), que analisam o fato de que, a partir de 1833, em função das diversas propostas surgidas na Inglaterra, de intervir nas empresas, começa-se a delinear a Medicina de fábrica, com a presença de um médico nas unidades produtivas. A origem desse profissional nas fábricas visava a detectar os processos de acometimento de danos à saúde e servir ao empresário na recuperação da força de trabalho do empregado, tendo em vista o seu retorno à linha de produção, especialmente num momento em que a força de trabalho era fundamental no processo de industrialização emergente. Desse modo, origina-se a Medicina do Trabalho, que se configura até os dias atuais, centrada no médico, com uma visão estritamente biológica e individual, voltada para a produção e o espaço da fábrica, no controle de corpo e busca da causalidade de doenças e acidentes.

Esse modelo de assistência teve uma ampla expansão em outros países, de forma proporcional ao processo de industrialização, impulsionado pelas repercussões e recomendações da Organização Internacional do Trabalho (OIT). Segundo Mendes e Dias (1991), teve relevância histórica a Recomendação nº. 97, que diz respeito à “proteção a saúde dos trabalhadores” e aponta para os países-membros da OIT a perspectiva de investimento na formação de médicos do trabalho. Mais tarde, em 1959, a expansão dessa experiência cria as bases para a elaboração de um instrumento normativo de abrangência internacional, que foi a Recomendação nº. 112, que se refere aos Serviços de Medicina do Trabalho. Essa recomendação no Brasil serviu de referência, na década de 70, para a criação dos serviços de higiene, segurança e Medicina do Trabalho, sendo alterada em 1978, com a

criação dos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança do Trabalho (SESMT).

Mesmo diante da implantação do serviço de Medicina do Trabalho nas empresas, observava-se a dificuldade de esse modelo de atenção à saúde atuar nos problemas relacionados com a saúde que afetavam a população trabalhadora. Fatos esses marcantes no período pós-guerra, no qual havia a impotência de intervenção, em especial, os acidentes graves e fatais e as doenças do trabalho, situação que vinha provocando efeitos, como aumento do custo para os empregadores e companhias de seguro. Somam-se a esse fato a aceleração dos processos produtivos e as entradas de novas tecnologias e produtos químicos, fazendo com que se buscassem novas estratégias de atuação no ambiente da fábrica.

Diante de toda essa problemática, surge, como resposta, a ampliação do foco de ação, não apenas direcionada ao trabalhador, mas também ao ambiente onde ele está inserido, visando ao controle dos riscos ambientais. Essa contextualização levou a concepção da saúde ocupacional com ênfase em várias disciplinas, dentre elas, a Higiene Industrial, e traz como proposta a conformação de equipes multiprofissionais.

Na avaliação de Lacaz (1996), a saúde ocupacional não atingiu o seu objetivo, inclusive teve dificuldade de se diferenciar da Medicina do Trabalho e muitas vezes são conceitos que se associam. O conceito de saúde ocupacional surgiu na perspectiva de um modelo universal, elaborado por um grupo de experts. Dentre os fatores considerados importantes na explicação da inoperância desse modelo, na ótica de Mendes e Dias (1991) e Lacaz (1996), destacam-se: manutenção das bases mecanicistas da Medicina do Trabalho; dificuldades na atuação multiprofissional; e incapacidade na interdisciplinaridade. Os trabalhadores continuavam a ser objetos da ação, sem agregar a sua participação ativa nos processos de trabalho. Além disso, havia pouco espaço para apreender as dimensões subjetivas do trabalho e toda a sua organização. Destacam, também, todo o movimento social renovado surgido no final da década de 1960, inicialmente nos países ditos desenvolvidos, como França, Inglaterra, Alemanha, culminando numa nova postura de questionamento dos movimentos da vida.

Diante desse fato, uma série de mudanças voltadas à questão da saúde no trabalho foram pauta de discussão: legislações dos direitos no trabalho; participação dos trabalhadores nos processos de análise do trabalho e valorização de seu saber; movimento em prol da não monetização dos riscos; melhoramento das condições e ambientes de trabalho, dentre outros.

Situando as questões pertinentes ao trabalho no contexto das questões intrínsecas à saúde coletiva, estudos históricos indicam que a vigilância em saúde pública teve as suas origens nos séculos XVIII e XIX, mas, no século XX, ela se consolida como prática de saúde, na ótica de Pinheiro (1996). Sua aplicabilidade associada a outros fatores vivenciados na sociedade, como as mudanças econômicas, sociais, culturais e o incremento da ciência, convergiu para o aparecimento de um novo perfil de saúde da população, por exemplo, o aumento da longevidade. Diante de mudanças, transformações, tensões e abertura política no contexto de vida da população, surge um movimento pela democratização da saúde no País, em prol de um sistema universal e integral.

O movimento da reforma sanitária, iniciado nos fins dos anos 70, ganhou força na década de 80, trouxe uma importante contribuição para a trajetória da vigilância em saúde no Brasil, bem como a concepção de saúde e, em especial, a formulação de uma política pública *voltada* à saúde do trabalhador.

Toda essa efervescência conduz a pensar uma proposta de saúde voltada para o coletivo, produzindo significativa interferência na lógica de pensar o cuidado dirigido ao trabalhador e ao seu trabalho. Por meio das interfaces nos diversos modos de inserção dessa política em construção no SUS, começa a ser delineado um dos eixos de atuação na saúde do trabalhador, o da vigilância.

A partir do SUS e da incorporação das relações e condições dos ambientes de trabalho e de sua organização, um novo desafio é colocado do ponto de vista de implantação das políticas públicas de saúde, especialmente aquela referente às ações de vigilância.

Machado (2011) demarca a importância do sanitarista e senador republicano Giovani Berlinguer para a discussão sobre as questões do trabalho. Ele foi um

articulador no processo de estabelecer os diálogos acerca da saúde do trabalhador, no contexto da política de saúde que estava sendo implantada no País. Concomitantemente a isso, começam a ser disseminadas, no Brasil, as várias experiências de atenção à saúde do trabalhador no setor público, acompanhando assim a política do SUS, que estava sendo implantada.

Na concepção de Dias (1996), a saúde do trabalhador se caracteriza por três momentos distintos no seu percurso de constituição como política de saúde no Brasil. O primeiro refere-se ao final de década de 70 até o ano de 1986. Fase referente à difusão de ideias e pressupostos na área temática de atenção à saúde dos trabalhadores como prática diferenciada no sistema, marcando, dessa forma, a implantação dos primeiros programas de saúde do trabalhador (PSTs) na rede pública. Também nesse momento, abre-se um amplo debate abordando a área, com repercussões na VIII Conferência Nacional de Saúde e a realização da I Conferência de Saúde do Trabalhador.

O segundo momento, para Dias (1996), é caracterizado pela institucionalização das ações de saúde do trabalhador com a promulgação da Constituição, da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº. 8.080/90) e da Norma Operacional de Saúde do Trabalhador/98 (Nost), legislações essas que tiveram a função de dispositivo constitucional e que têm como definição a saúde do trabalhador:

[...] um conjunto de atividades destinadas, através das ações de vigilância epidemiológica e sanitária, a promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como, visa à recuperação e a reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho (BRASIL, Lei nº. 8.080/90-MS).

O terceiro momento é, para a pesquisadora, uma das fases que se constitui como um período de muitos entraves para a implementação das políticas de saúde do trabalhador no SUS, especialmente em decorrência das questões que envolviam o financiamento e também os aspectos políticos relacionados com as disputas e os conflitos entre corporações profissionais e setores governamentais, como o Ministério do Trabalho, da Previdência, que tradicionalmente tinham a hegemonia na realização de ações voltadas a essa área.

Para Pinheiro (1994), a vigilância em saúde do trabalhador emergiu como proposta e prática nos programas de saúde do trabalhador, na década de 80, fruto de um combinado de experiências advindas de modelos internacionais de saúde no trabalho, de instituições como Organização Internacional do Trabalho, a vigilância epidemiológica e sanitária, a inspeção e fiscalização do setor trabalho, o movimento do modelo operário italiano e o latino-americano de saúde com o envolvimento dos trabalhadores.

Diante de todo esse movimento e a instituição de um dispositivo de lei relevante para a área da saúde do trabalhador, com a participação de diversos atores sociais, a vigilância em saúde do trabalhador é conceituada como:

[...] 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 tecnológicos, social, organizacional e epidemiológico, com a finalidade de planejar, executar e avaliar intervenções sobre esses aspectos, de forma a eliminá-los ou controlá-los (BRASIL, Portaria nº. 3.120 /98-MS).

A Portaria nº 3.120/98-MS (ANEXO C) também descreve que a Visat tem o objetivo de conhecer a realidade da população trabalhadora, intervir nos fatores determinantes de agravos à saúde dessa população, avaliar o impacto de medidas adotadas, subsidiar a tomada de decisões dos órgãos competentes do governo em cada esfera do País e ainda estabelecer um sistema de informação em saúde do trabalhador que incorpore, além das informações tradicionalmente existentes, dados relativos aos processos de trabalho e riscos advindos das atividades laborais. É uma norma com especificidade e detalhamento no que diz respeito aos seus princípios, objetivos, estratégias e metodologias de intervenção na saúde do trabalhador. Traz, nos seus princípios, o caráter de pesquisa-intervenção definindo “[...] a intervenção como um deflagrador de um processo contínuo, ao longo do tempo, em que a pesquisa é sua parte indissolúvel, subsidiando e aprimorando a própria intervenção” (PORTARIA nº. 3.120/98). Portanto, existe uma certa consonância dos aportes conceituais legislativos do fazer a Visat e a proposta teórico-metodológica da clínica da atividade, situando as análises da atividade de trabalho e participação dos trabalhadores.

Machado (2013) diz ser a vigilância uma prática de uma política de saúde complexa, ampla, permeada por interesses conflitivos, inserida na sociedade, e que tem como premissa a autonomia dos trabalhadores na luta pela preservação da saúde e não apenas uma prática neutra, padronizada e técnica.

O referido autor apresenta em seu estudo uma matriz, na tentativa de compreensão e síntese de como olhar e definir o objeto da Visat. “Essa matriz é representada por um quadrilátero que tem como vértice a atividade, agravo, risco e território” (MACHADO, 2013, p. 25). O vértice risco-agravo constitui-se como segmento epidemiológico e o território-atividade, como segmento sociotécnico. Eles interagem em um processo dinâmico e são modulados constantemente diante das situações que envolvem a organização social e os meios utilizados para a prevenção dos condicionantes relacionados com a redução do risco e agravo à saúde associados à organização e aos processos de trabalho.

Na trajetória da pesquisa e na perspectiva de uma ação situada desta análise da atividade na vigilância, convocamos o grupo para que pudesse expressar de forma mais detalhada a questão referente a essa atividade. A proposta? Contarem como acontece a atividade de vigilância no ambiente de trabalho.

Foram utilizados, para essa roda de análise da atividade, dois encontros consecutivos, com intervalo de uma semana entre eles. A estratégia para disparar o diálogo não foi um texto, como nos encontros anteriores, e sim questões instigadoras que pudessem levar o grupo a expressar como acontece essa atividade, por meio do relato oral. Foram utilizados como recursos e disponibilizados às participantes papel e canetas coloridas para escreverem, caso desejassem. Elas se dispuseram a descrever e relatar como se dá o processo de vigilância. A questão indagada às profissionais da Visat foi: como é a atividade de vigilância? Busquei, nesse momento, fazer um recorte e situar a atividade de vigilância no que diz respeito à análise do ambiente de trabalho, ou seja, aquela atividade que deflagra uma ação de vigilância. Tiveram de pensar, se organizar e dialogar de modo a decidir uma maneira para construir o que a questão demandava. Depois de várias conversas, pactuaram um modo de trabalhar e decidiram fazê-lo a partir do relato oral e também de um esquema escrito.

À medida que foram relatadas as atividades, as profissionais da Visat dialogavam e faziam análises da situação. Além da verbalização, apresentaram por escrito, em formato de um esquema (ANEXO B), o fluxo da atividade na vigilância a partir do momento em que é deflagrada uma ação.

Iniciaram a roda fazendo um desenho de cada pessoa que compõe a equipe da vigilância e que possui as prerrogativas legais²⁹ para a realização dessa atividade. A figura do profissional que não participou das rodas foi representada. Uma delas disse: *“Mesmo ele não estando aqui, vamos representá-lo, afinal, ele compõe a equipe e aqui estamos falando de um gênero, portanto, ele também está aqui nessa história”* (PROFISSIONAL DA VISAT). E, assim, cada profissional fez a escolha de uma cor, desenharam-se numa folha de papel e iniciaram a descrição e o relato do processo de desenvolvimento de suas atividades.

Relataram os vários motivos que fazem deflagrar uma ação de vigilância no ambiente de trabalho. Dentre eles, ações trabalhistas, denúncias e outras solicitações vindas de instituições e dos trabalhadores atendidos no serviço (Cerest/ES). Assim, pontuaram que a ação de vigilância no Cerest/ES, na atualidade, ocorre por solicitação das instituições como: o Ministério Público do Trabalho, a Vigilância Sanitária Estadual (Visa), a Ouvidoria do Estado e o consultório médico desse centro de referência. Expressaram que existe muita pressão por parte das instituições, em relação aos prazos para a realização desse trabalho. As instituições que mais produzem pressão na coordenação do Cerest/ES são o Ministério Público do Trabalho e a Visa estadual.

A questão da pressão interfere muito na prioridade que dão ao caso. Acabam tendo necessidade de fazer escolhas, o que vem a ser o primeiro passo do processo. Essa escolha depende desse prazo, urgência da questão e também quando a demanda é de uma solicitação de um órgão (exemplo: ação de uma categoria, instituição). Um outro critério de escolha da prioridade é o número de pessoas envolvidas no problema e a vulnerabilidade de riscos. A questão da demanda dificulta uma ação planejada de suas atividades na vigilância. Anos atrás,

²⁹ Referem-se aos profissionais que são denominados autoridade sanitária na vigilância em saúde do trabalhador. Essa prerrogativa ocorre mediante promulgação de portaria-lei sancionada pelo governo do Estado, conferindo assim a carteira de autoridade sanitária estadual.

era prerrogativa no trabalho da vigilância a realização de ações planejadas baseadas no perfil epidemiológico da situação de saúde e trabalho que se apresentava no Cerest/ES, concomitantemente às demandas institucionais. Na atualidade, em decorrência de uma maior interferência de órgãos, como o Ministério Público do Trabalho e a própria Vigilância Sanitária Estadual, o trabalho mais planejado perdeu força no serviço.

Referiram que fazem uma série de atividades concomitantes à ação de vigilância, no Cerest, que vão desde os atendimentos individuais e coletivos, por meio dos atendimentos ambulatoriais e de reabilitação ao grupo qualidade de vida. Também mencionaram as participações: em comissões intersetoriais, como do Benzeno, agrotóxicos; pesquisa do inquérito epidemiológico de acidentes graves e fatais na Delegacia de Acidente de Trabalho; o trabalho do Sistema de Informação dos Agravos de Notificação (Sinan); as formações das equipes de saúde dos municípios do Espírito Santo nas questões relacionadas com a saúde do trabalhador; a capacitação da rede de atenção primária, sentinela e acompanhamento dos casos e fóruns permanentes de interesse com temáticas relativas a essa área; e também outras representações que se fizerem necessárias ao serviço.

Optei por apresentar de modo sistematizado o relato da atividade na vigilância feito pelos profissionais da Visat, a partir do relato de diferentes momentos necessários para deflagrar uma ação da vigilância do início ao término previsto:

- a) a origem do processo: inicia com a demanda para a realização de uma ação de vigilância. Denominam esse momento como “a deflagração da ação de vigilância”, que se refere à análise de um determinado ambiente de trabalho a ser realizada;
- b) a agenda: corresponde a todo o planejamento da ação de vigilância, tipo um cronograma. Essa agenda vai se atualizando à medida que as atividades vão sendo realizadas até o fechamento do relatório final e entrega desse relatório à instituição que demandou a ação e todos os seus desdobramentos;

- c) informações prévias e preparo para ida ao local: buscam levantar dados daquele ambiente de diversas fontes possíveis. Também procuram estudar sobre aquela atividade que deverão realizar na ação de vigilância. Sempre lançam mão de investigar na literatura científica o que tem de mais atualizado sobre aquele processo de trabalho, as legislações e as normas referentes à atividade. O preparo do trabalho inclui os equipamentos necessários para a ida ao local, como carro institucional, máquina fotográfica, equipamento de medição, tipo decibelímetro, dentre outros;
- d) a chegada ao local: a caminho, a equipe troca algumas possíveis impressões sobre a situação que os aguardam, caracterizando, assim, um momento de concentração e expectativas em relação ao que se encontrará. Na chegada, um dos membros se apresenta e faz os esclarecimentos ao empregador e ao seu representante a respeito do procedimento da ação de vigilância. Afirmam ser um momento de tensão, pois geralmente não são bem-aceitas nesses locais;
- e) análise do processo produtivo e das condições do ambiente de trabalho: nessa atividade, buscam compreender e analisar todo o processo produtivo daquele local e situam a análise na questão que fez emergir a demanda, que muitas vezes pode ser em decorrência de uma atividade e não de todo o processo da empresa. Utilizam esse momento para fotografar o ambiente de trabalho, os trabalhadores em atividade e, sempre quando há possibilidade, tentam conversar com o trabalhador. Relatam que, em muitos momentos, utilizam-se de atitudes de subversão e estratégias para garantir a fala com o trabalhador.

Expressaram que a fala do trabalhador é muito importante na composição da ação de vigilância. Em alguns momentos, a questão de não conversar com o trabalhador na empresa, durante a ação de vigilância, está vinculada ao cuidado em relação ao resguardo desse trabalhador, no que se refere a seu emprego. Relatam ser uma postura ética que adotam, pois já vivenciaram histórias de trabalhadores que foram demitidos do emprego após uma ação de vigilância, pois a empresa teve conhecimento de que eles haviam procurado o Cerest/ES. Mencionaram, mais uma vez, que muitos trabalhadores, durante a consulta individual, frisam a sua preocupação em relação ao sigilo dos profissionais, quanto a uma possível ida à

empresa e também ao cuidado de não revelar para a empresa informação dessa visita e do acompanhamento do trabalhador naquele serviço de atenção a saúde .

A Portaria nº. 3.120/98-MS diz da participação dos trabalhadores como componente importante na atividade de vigilância. Está presente na definição de prioridades pelas demandas e na própria atividade de planejamento e execução das inspeções sanitárias. Constitui como prática relevante para que os trabalhadores estejam presentes no acompanhamento e na avaliação de todo o processo de vigilância. É uma prerrogativa de operacionalização do controle social no SUS.

No local onde estão realizando a ação de vigilância, analisam as documentações oficiais da empresa referentes ao processo saúde e trabalho, como: Programa de Prevenção dos Riscos Ambientais (PPRA); Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional (PCMSO); Atestado de Saúde Ocupacional (ASO); programas de treinamentos e projetos de ergonomia existentes; dados da Comunicação de Acidentes de Trabalho (CAT); laudos da situação de saúde de trabalhadores e ambiente; medidas de segurança adotadas pela empresa/instituição; e outros documentos de interesse que envolvem a questão. Quando vão para uma atividade demandada pelo Ministério Público, solicitam esses documentos antes da ação no local. Assim, já se deslocam para a ação de vigilância com o conhecimento prévio de como são as prescrições e a situação daquele local e dos trabalhadores, mediante o que está exposto na documentação.

Na atividade de vigilância, as profissionais utilizam referências de documentos e normas de uma certa tradição de fiscalização dos ambientes de trabalho. Lacaz, Machado e Porto (2002) relatam que, em decorrência das análises hegemônicas provenientes da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional, as medidas que deveriam assegurar a saúde do trabalhador restringem-se a intervenções pontuais sobre os riscos evidentes. Essa tendência se confirma com o uso das normas regulamentadoras do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), como arcabouço legal para a realização das ações de vigilância em saúde do trabalhador. Na concepção desses pesquisadores, essas normas se encontram defasadas, no que diz respeito aos aspectos das relações de saúde e os processos de trabalho, com enfoque em um modelo de atenção e intervenção predominante empregado pelo

MTE, com tímida participação dos trabalhadores, demarcando, assim, pouca inserção do controle social.

O uso das bases epidemiológicas tanto é um dos princípios designados na Portaria nº. 3.120/98-MS como nos demais documentos, estudos e dispositivos legais que subsidiam a vigilância e todo o planejamento e programação na área da saúde. Na saúde do trabalho, é considerada como uma base importante por subsidiar as características do processo de trabalho e a sua relação com a saúde e doença. As ferramentas e métodos da epidemiologia são importantes na observação, detecção de agravos e estabelecimento de intervenções nos processos e ambientes de trabalho. Fornece a análise de organização do sistema de informação em saúde, baseado em indicadores de adoecimentos, acidentes e mortes. Também viabiliza análises na operacionalização do sistema de informação dos atendimentos nos serviços de saúde, em especial aos voltados ao trabalhador, e possibilita a articulação com os demais sistemas no contexto da vigilância em saúde.

Para Machado (1997), o uso da disciplina epidemiologia ajuda a construção do que ele denomina “agir epidemiológico na saúde do trabalhador”. Essa expressão se refere à sua importância na condução e clareza de suas análises e ao caráter incisivo de seus resultados. Estabelece diálogos interno e externo na área de saúde com setores ligados às políticas sociais de desenvolvimento do trabalho e de meio ambiente.

A informação em saúde do trabalhador, produzida a partir dos dados de condições de vida, trabalho, saúde, agravos, doenças, acidentes, mortes de trabalhadores, dentre outras, configura-se como elemento deflagrador e indicador para avaliação de ações, essencial na vigilância. Dessa forma, a vigilância pode ser entendida como informação voltada para a intervenção.

- f) término da ação no local e elaboração do relatório: após o trabalho de campo realizado, essas profissionais retornam ao Cerest/ES para elaborar o relatório da atividade. Uma ação de vigilância requer, com frequência, a ida em vários momentos na empresa. Além das questões analisadas a partir dos documentos oficiais do programa de saúde e segurança da empresa, é necessária uma leitura e análise minuciosa dos relatórios. Informaram que houve uma empresa em que foi preciso ler um documento com mais de 240 páginas para concluir o trabalho de vigilância naquele local.

O relatório pode gerar vários desdobramentos. Muitas vezes participam de mesa de negociação com o Ministério Público do Trabalho e a Superintendência Regional do Trabalho. Elas também retornam às empresas para averiguar se as orientações e adequações solicitadas foram realizadas.

A produção do relatório é uma questão complexa. Exige fundamentação, estudo, busca de literatura com base nos dados encontrados e atualizados. Tem lugares em que elas precisam ir várias vezes, enfrentando os constrangimentos decorrentes das precárias condições de trabalho que sofrem como: falta de carro e motoristas da Sesa para as ações da Visat; falta de equipamentos, como câmara de filmar e fotográficas; falta de equipamentos de proteção individual, como calçado adequado, dentre outros.

[...] a gente fala tanto da saúde do trabalhador e do processo de trabalho e atividade dos outros e não falamos do nosso trabalho e da atividade da gente. Vendo esses escritos da semana passada e lembrando-os agora na leitura em voz alta me bateu esse sentimento. E isso só foi possível porque paramos para conversar e estudar a clínica da atividade (PROFISSIONAL DA VISAT).

Falar do relatório foi um disparador na discussão das condições de trabalho a que estão expostos, da necessidade de manter a garantia de tempo para a realização dessa atividade, pois muitas vezes levavam trabalho para casa, gerando um sobretrabalho e um debate sobre a questão da interdisciplinaridade.

Existe dificuldade para sentarmos juntos para escrevermos e também a dificuldade de fazer um texto de consenso, com as observações e as visões de cada um na produção desse texto. Esse é um desafio que ainda existe, apesar de hoje estarmos mais tarimbadas com a experiência. No início do antigo PST, tínhamos brigas homéricas na pactuação na produção desse relatório e mesmo quando íamos realizar uma ação de vigilância, especialmente com o pessoal da engenharia de segurança do trabalho, era sempre posições que divergiam em muitos momentos (PROFISSIONAL DA VISAT).

A Portaria nº. 3.120/98-MS diz que a interdisciplinaridade se constitui de modo que os diversos saberes técnicos e do trabalhador são necessários à prática da Visat. Tem como premissa que as diversas disciplinas e conhecimentos necessários à composição da prática em saúde do trabalhador produzam conexão e se tornem operadores para o desenvolvimento dessa ação. O exercício da interdisciplinaridade representa um grande desafio no trabalho das equipes de saúde do trabalhador e deve ser uma condição essencial na prática dessa atividade de saúde coletiva.

Como fica, então, a questão da interdisciplinaridade na atividade de vocês?

O trabalho na Visat é um importante espaço de diálogos e de formações. Não temos o domínio de tudo que essa área nos requer e a questão da atividade interdisciplinar é essencial.

O trabalho interdisciplinar eu não sei se a gente faz aqui. Às vezes penso que sim, às vezes não. Mas, com certeza, o multiprofissional existe (PROFISSIONAIS DA VISAT).

Colocaram também um exemplo da Feira do Verde.³⁰ Solicitaram ao Cerest/ES que realizasse uma palestra sobre a questão da saúde dos catadores de lixo de material reciclado na Feira do Verde de 2012. Inicialmente, a coordenação convocou uma profissional do serviço social para essa atividade. Ela questionou a necessidade de participação de um médico considerando que algumas situações ligadas a essa temática envolvem a questão dos riscos de doenças e outros agravos, imunização (vacinação), e que ela, em sua condição profissional, não daria conta de atender a essa demanda, além das questões advindas daquela proposta de trabalho.

[...] esse exemplo traz a discussão no grupo sobre o fato que em muitas vezes há necessidade da gente forçar uma situação para promover uma ação interdisciplinar. Eu até poderia fazer sozinha, mas as condições do tema pediam a entrada de um outro profissional da equipe, como um médico ou enfermeira. Tudo isso tem que ser avaliado e questionado (PROFISSIONAL DA VISAT).

³⁰ A Feira do Verde é uma atividade ambiental e cultural realizada anualmente pela Prefeitura de Vitória. Já faz parte do calendário das atividades da cidade e geralmente acontece no mês de novembro. Desde a implantação na década de 90, tem o objetivo de trazer em evidência as questões relacionadas com o meio ambiente, especialmente no que diz respeito à preservação e à sustentabilidade. Em vários momentos, ao longo de existência dessa feira, o Serviço de Saúde do Trabalhador foi convidado a participar com a realização de cursos, palestras e *stands* de orientação sobre aspectos associados à saúde do trabalhador e ao ambiente de trabalho.

As questões referentes às atribuições, discordâncias e limites de responsabilidades que vem pautando o conflituoso percurso para a implementação das ações da saúde do trabalhador no âmbito do SUS refletem posições em permanente disputas. Entende-se que é preciso reconhecer que tais posições correspondem a diferentes concepções e projetos de sociedade em conflito de interesses, especialmente os políticos. É nesse lócus que estão circunscritas as ações da vigilância em saúde do trabalhador, que, a todo momento, são atravessadas por um jogo de relações sociais com repercussão nos modos de organização e ação no sistema de saúde.

Como é fazer a atividade de vigilância?

Enquanto estamos fazendo uma atividade, pensamos em 200 coisas ao mesmo tempo e isso acaba angustiando muito. Fazer uma atividade de vigilância demanda da gente parar as outras atividades que estamos fazendo e temos que dar conta de tudo com a deflagração dessa ação. É muita pressão, além dos desafios que a atividade requer. Muitas vezes não somos bem recebidos e tivemos situações até de constrangimento com a equipe (PROFISSIONAL da VISAT).

Buscamos, na análise de Santorum (2006, p. 93), a seguinte contribuição:

Esse verdadeiro caldeirão microgestinário em que ferve a atividade de vigilância em saúde do trabalhador comporta uma multiplicidade de componentes que, ao nosso olhar, constituem diferentes momentos, alguns mais estabilizados que outros. Além disso, ele comporta uma importante gama de situações inéditas, de imprevistos, de acontecimentos que demandam igualmente dos protagonistas uma resposta no ato em que inscrevem.

Um outro desafio destacado é o enfoque de promoção da saúde na atividade em vigilância em saúde do trabalhador. Segundo Alves (2003), pensar a promoção da saúde implica estar diante de um instrumento de ação para integrar as políticas de saúde e evitar o isolamento das áreas dentro da saúde, pois a promoção da saúde forja um movimento em direção ao exercício da intersetorialidade e interdisciplinaridade, portanto, diretrizes importantes na vigilância.

Para Menosi et al. (2005), a promoção da saúde é uma das formas de enfrentar os desafios referentes à qualidade de vida, introduzindo a responsabilidade civil dos gestores e compartilhamento com a sociedade. Oferece condição e instrumentos para uma ação integrada que inclui as diferentes dimensões da experiência

humana. O paradigma da promoção da saúde considera como indispensável a interdisciplinaridade e a intersetorialidade. A interdisciplinaridade, como instrumento viabilizador da promoção da saúde, vai ao encontro de uma proposta complexa que não possibilita sua abordagem de maneira compartimentalizada, com uso de saberes disciplinares isolados. É indispensável a articulação dos sujeitos em exercício, e isso envolve análise e transformação dos processos de trabalho. Portanto, quando se diz que a vigilância tem uma função de promoção da saúde, essa é uma afirmação desafiadora, constituída de tensões que esse aporte conceitual carrega especialmente nesta área.

Conseguir mudar o processo de trabalho de uma empresa é muito importante.

Existe uma dicotomia, assistência e vigilância. Isso deveríamos discutir mais aqui no Cerest, de modo geral com todos os trabalhadores daqui (PROFISSIONAIS DA VISAT).

Para Czeresnia e Freitas (2009), o discurso da promoção da saúde não é homogêneo e apresenta contradições que correspondem a interesses divergentes. Esse discurso está preso às armadilhas. As práticas de saúde se organizam com base na doença, não levando em consideração a experiência da vida. O conceito de promoção da saúde tem, como ponto de partida, o próprio conceito de saúde e convoca para uma vigilância que considere a complexidade dos processos do nível biológico com base nas decisões políticas e econômicas, as quais envolvem o controle social, democratização, colocando no centro da atenção as condições de vida, trabalho.

Um importante estudo realizado por Lacaz, Machado e Porto (2002), sobre a situação e tendência da vigilância em saúde do trabalhador no Brasil, impulsionou uma discussão a respeito da construção de um modelo de promoção à saúde. Nos dados desse estudo, estão revelados aspectos estruturais, técnicos, sociais, políticos e econômicos enfrentados pelos serviços de saúde do trabalhador. Apontam a existência de expectativa de um tipo de vigilância na qual é central a mensuração e avaliação diagnóstica, delineando-se segundo o modelo epidemiológico. Está evidenciado que o que faz desencadear as ações de vigilância são as demandas sociais e as técnicas. Dentre as demandas técnicas, constam a análise epidemiológica, principalmente nos serviços estaduais,

confirmação diagnóstica, indicadores de situação de risco e ainda demandas geradas pela previdência social. Nesse caso, envolve a definição denexo-causal e, dessa forma, o SUS passa a exercer a função de resolver os casos de pendências advindas dessa instituição, a previdência.

As participantes apontam os entraves ao desenvolvimento da promoção e da prevenção à saúde, tanto em relação às ações intersetoriais como às intrasetoriais, como necessário investimento na institucionalização dessas ações no SUS, pois os serviços de vigilância no SUS acabam fragilizados de sua autoridade pública, até mesmo para se ter acesso às suas atividades nas empresas, necessitando de amparo legal para a intervenção. Assim, gera-se uma dificuldade quanto à autonomia nas ações de vigilância que envolve especialmente as grandes empresas (LACAZ; MACHADO; PORTO, 2002).

Diante desse estudo, os autores propõem a criação das redes de vigilância em saúde do trabalhador. As principais instâncias executivas das redes da Visat seriam o SUS e o Ministério do Trabalho e Emprego. O SUS, na sua função de estruturador de conexões das redes. Os serviços de assistência em geral, vigilância epidemiológica e sanitária atuam na saúde do trabalhador. O Ministério do Trabalho e Emprego aparece na composição da rede como ator que gravita entre o polo empresarial e o dos trabalhadores. Embora suas ações de inspeção sejam criticadas por seu caráter excessivamente regulatório, a característica considerada relevante, no que concerne a essa parceria, está no aspecto do reconhecimento de seu poder de fiscalização e regulamentação no campo das relações entre trabalho e saúde.

Esse cenário, em conjunto com os movimentos coletivos, impulsiona outras ações no âmbito institucional da política de saúde do trabalhador e, dentre elas, a promulgação da portaria ministerial referente à Renast de 2002 e a sua atualização em 2009. A Rede Nacional de Atenção Integral a Saúde do Trabalhador é concebida como uma rede organizativa de informação, vigilância, capacitação, assistência, pesquisa, controle social, comunicação e educação em saúde do trabalhador, embora acompanhada de impasses para a sua efetiva realização.

As profissionais da Visat dizem que a atividade que realizam na vigilância que envolve a intervenção no ambiente de trabalho exige muita dedicação, estudo e pesquisa. Com isso, a outra atividade de vigilância, que se refere a trabalhar e analisar os dados do sistema de informação em saúde do trabalhador, fica “em segundo plano”. Com um certo descontentamento, uma profissional fala que “Atender dez pacientes é mais visível e possui mais valor” do que promover uma ação de vigilância que pode acarretar muitas idas a um determinado local de trabalho. Os atendimentos individuais são mais valorizados. Elas insistem.

Para algumas pessoas daqui, parece que as ações de vigilância são desnecessárias. A sensação que temos é que a vigilância não tem a mesma repercussão e importância do atendimento individual, englobando todos: atendimento médico, fisioterapia, dentre outros.

A atividade de vigilância gera tantas outras ações e isso não é visibilizado. Dentre elas: estudar, comparar a legislação. A gente não vai ver um trabalhador só, e sim um coletivo (grupo) e o processo de trabalho como um todo. E as pessoas não conseguem transpor o foco do individual para o coletivo. Isto não é visto.

Infelizmente, o olhar que se tem da vigilância esbarra na cultura do atendimento. Fazer assistência dá mais visibilidade do que fazer vigilância.

Não se tem entendimento da política. Valorizam mais o atendimento individual em detrimento do coletivo.

A impressão que dá é que, quando se vai trabalhar na vigilância, é como você fosse promovida.

A vigilância não é reconhecida como atividade de importância. Ainda para alguns, as ações da Visat não têm a mesma importância quanto ao atendimento individual no ambulatório. Tem pessoas aqui que só atendem no ambulatório e não têm disponibilidade de ir fazer uma ação coletiva e de vigilância

As pessoas que estão na assistência acham que a gente tem um certo status porque a gente não possui uma agenda como eles. Mas não sabem dessas demandas ou não querem ver (PROFISSIONAIS DA VISAT).

Os discursos são repetitivos no que diz respeito à dicotomia entre vigilância e assistência. As atividades de assistência e vigilância são essenciais, elas se complementam e devem ter conexão na atenção à saúde do trabalhador, mas, em muitos momentos, essa ligação/conexão não ocorre, afirmam as profissionais.

Essa questão já foi identificada na pesquisa de Santos (2001), no Cerest/ES. A autora observa que, mesmo com as novas demandas advindas da política de saúde do trabalhador, ainda há uma lacuna nesse serviço.

Estudos de Lourenço e Bertani (2007) demonstram a não efetivação de práticas para além da assistência médica nos serviços de saúde do trabalhador no Brasil, mesmo diante de todo o movimento de vários atores sociais na construção dessa política.

Leão e Vasconcelos (2011) argumentam nessa direção afirmando que a organização da Renast teve como ênfase a assistência médica. Desse modo, as ações assistenciais tiveram relevância quanto às questões que dizem respeito ao financiamento da política de saúde do trabalhador, especialmente em relação aos atendimentos de alta complexidade que envolvem o setor hospitalar. Isso repercute na priorização da gestão nas ações de assistência em detrimento das de vigilância, fragmentando esse cuidado na contramão da integralidade em saúde. Esclarecem, ainda, que a Renast “[...] deveria atuar numa perspectiva como estratégia estruturante de ações e serviços assentados menos no modelo assistencial e mais nas práticas de vigilância da saúde, educação permanente e atenção primária [e] essa rede é uma rede que não se enreda [...]” (LEÃO; VASCONCELOS, 2011, p. 470) diante dessas dificuldades que estão colocados na prática da vigilância.

Situada como um dos nós críticos nessa atividade e muito debatida no grupo foi a seguinte declaração: “**O peso de ser autoridade sanitária é muito grande**”.

Por que ser autoridade sanitária é um peso?

Isso nos deixa muito preocupados. E se deixarmos de ver alguma coisa? Caso aconteça alguma coisa? É muita responsabilidade. Isso também gera adoecimento na gente.

Essa repercussão da responsabilidade, caso aconteça alguma coisa tipo um acidente, porque deixamos de averiguar um ambiente, é um grande problema.

Escrever um relatório/documento e enviar para o Ministério Público é um grande dilema. Veja só. Os procuradores nos dão a sua confiança para que possamos dar esse parecer técnico. Olha o peso e responsabilidade. O procurador nos dá autoridade para dizermos o que está certo ou não. A

grande questão é que são vidas de pessoas que estão em nossas mãos [parecer técnico] (PROFISSIONAIS DA VISAT).

A discussão sobre “a carteirinha” tornou-se um debate caloroso. Uma situação que possibilita várias análises, pois oferece a prerrogativa do que é ser autoridade sanitária.

Eu não quero ter só a carteirinha, e sim participar efetivamente do processo. Exercer de fato e direito essa responsabilidade, pois ter a carteirinha implica, além da responsabilidade, o conhecimento. Ter a carteirinha foi um avanço importante, pois existiam locais em que éramos impedidos de entrar mesmo sendo do SUS. Mas, pensando bem, seria importante termos um tempo para estudar e se preparar para uma ação de vigilância (PROFISSIONAL DA VISAT).

Trouxeram a cena de uma ação de vigilância que incomodou muito o grupo e que já havia sido debatida. Tratava-se de ação de vigilância ocorrida em uma padaria, onde uma operadora decepou a mão. O que causava desconforto era a dificuldade nas ações intersetoriais e intrasetoriais no planejamento das ações do Cerest/ES. “*Falta a gente retomar os projetos específicos³¹ a partir das demandas que aparecem e a situação epidemiológica. E também falta integração coma Vigilância Sanitária estadual*”, relatou uma profissional da Visat.

Não conseguimos ainda fazer uma formação com a Vigilância Sanitária do Estado para as questões da Visat. Atividade essencial na nossa concepção. Fizemos em Vitória e em vários municípios, mas não no Estado. Às vezes eles vão em alguma atividade de vigilância conosco, mas há pouca articulação ainda (PROFISSIONAL DA VISAT).

Trouxeram para roda a cena de um trabalho importante que estavam realizando na Delegacia Especializada em Acidente de Trabalho. Para todos os casos de acidentes graves e fatais no Estado, investigações são realizadas a partir do trabalho em conjunto com a delegacia. Disseram ser esse um bom exemplo de ação intersetorial entre as Secretarias de Saúde e da Segurança Pública. Também reafirmaram que essa experiência tem gerado uma boa parceria de aprendizado ao grupo e, inclusive, produz conhecimento e pesquisa. Mencionaram um estudo

³¹ Projetos específicos dizem respeito às atividades voltadas para determinados grupos de trabalhadores. Ocorreram várias experiências de intervenções na saúde dos trabalhadores com grupos do setor da construção civil, portuários, bancários, ambulantes, frentistas, dentre outros. Era uma atividade que, naquele momento, não estavam realizando. Referiram a essa questão como uma perda ao longo dos anos. Vêm atuando na vigilância, na maioria das vezes, a partir de demanda de outros órgãos e com pouco planejamento dessa atividade articulada a uma situação epidemiológica e que envolve o próprio sistema de informação em saúde do trabalhador.

epidemiológico realizado, produto dessa atividade, que apresentaram na primeira mostra de experiências bem-sucedidas de vigilância em saúde do Espírito Santo (I Expoviges) .

Quanto à transversalidade e às ações intra e interinstitucionais: a vigilância em saúde do trabalhador é um processo que articula saberes e práticas de controle sanitário e se insere no campo da vigilância em saúde. Suas ações técnicas operacionais são mediadas por instâncias institucionais voltadas às vigilâncias sanitárias, epidemiológicas e ambientais e sua relação com as atividades produtivas, produtos e serviços de interesse sanitário e situações de risco ambiental. Portanto, a Visat é transversal às demais vigilâncias e por isso demanda constante integração e avanço dessa prática nos serviços de saúde.

O Cerest/ES tem uma história de parceria de trabalho com a Superintendencia Regional do Trabalho com a atuou em projetos específicos de intervenção com grupos de trabalhadores de ocupações adscritas por meio de projetos específicos. Tiveram oportunidade de realizar trabalhos com as categorias de trabalhadores da construção civil, do mármore e granito, postos de gasolina, dentre outros. Porém, foram trabalhos/parcerias pontuais, sem continuidade em suas ações, de modo permanente no dia a dia do serviço.

Para Lacaz et al. (2002), a intersetorialidade é um dos entraves a serem superados na saúde do trabalhador. Há necessidade de maior articulação nas ações da Visat dentro do SUS, não só dentro das vigilâncias, mas também ações programáticas relacionadas com o câncer, na área da saúde mental, violência, dentre outras. Essa articulação faz-se necessária, para a transformação do modelo assistencial.

Situada por Machado (2011), a heterogeneidade das ações é uma das práticas da Visat situadas no dispositivo lei da Portaria nº. 3.120/98-MS. Demanda uma série de ações advindas de várias concepções de conhecimentos distintos e específicos, aplicação e experimentação de novos métodos de ação, voltados para a intervenção. As ações se dão pela natureza múltipla, histórica e em permanente movimento de transformação do processo de trabalho. É o objeto de ação da Visat. Também acrescenta ser a Visat uma prática de saúde ampla, permeada por interesses múltiplos, por vezes conflitantes. Atua no fortalecimento dos

trabalhadores pela saúde, portanto uma luta e uma prática que não é neutra; é essencialmente técnica.

No último encontro, foi resgatado o esquema descritivo que fizeram na roda anterior, de modo a retomar as atividades que realizam na vigilância com produção de outras análises referentes a essa atividade.

Fazer esse momento de reflexão da nossa atividade tem sido muito importante e produtivo, para que possamos repensar a nossa função aqui.

Quando pensamos a nossa atividade e refletimos sobre ela, já produziu em nós uma repercussão para a nossas atividades aqui, no Cerest/ES (PROFISSIONAIS DA VISAT).

Complementaram afirmando que a visibilidade do trabalho da vigilância pelos demais trabalhadores do Cerest/ES depende deles (profissionais que atuam na vigilância), no sentido de promover e assumir de fato tal prerrogativa. Um profissional, mais recente no grupo, expressou a sensação de certa desinformação por parte dos demais trabalhadores do Cerest/ES a respeito de como acontece a atividade de vigilância. A referida profissional reafirmou a existência do desconhecimento dos demais profissionais da dimensão desse trabalho. Sugeri que as reuniões com todos os trabalhadores daquele serviço fosse a oportunidade de sanar essa questão.

Sabem da função/papel que é desempenhada pelo Cerest/ES na atualidade e entendem que deve ser diferente em relação ao que estava sendo realizado há muitos anos.

Diante dessas conversas, fizeram as seguintes indagações: o que estamos querendo com o Cerest Estadual? Qual o nosso papel de suporte para os Cerest(s) regionais? O que a política diz sobre a questão?

Momento de silêncio... O silêncio foi quebrado com a seguinte questão:

Essa situação do papel do Cerest é um trabalho para todos nós pensarmos juntos. Vamos levar para a reunião. Essas questões ficaram mais vivas e claras na gente por causa desse estudo da clínica da atividade e também quando a gente coloca no papel o que fazemos e olhamos a nossa atividade e confrontamos com ela (PROFISSIONAL DA VISAT).

No que se refere à política nacional de saúde do trabalhador, existem vários dispositivos leis que atuam como arcabouço na construção e consolidação dessa política (ANEXOS D, E, F. G). Merece destaque na atualidade a Portaria nº. 1.679/2002-MS, que instituiu a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador. É uma rede nacional de informação e práticas, organizada com o propósito de programar ações assistenciais, de vigilância e de promoção à saúde, estruturada a partir dos Centros de Referências em Saúde do Trabalhador e de outros serviços de saúde denominados como sentinela e retaguarda do SUS.³²

Também foi situada a Portaria nº. 2.728/2009-MS, que modificou a organização da Renast, redefinindo o papel dos Cerests, adequando-os às diretrizes do Pacto pela Saúde de 2006. Essa portaria diz respeito à inserção da atenção à saúde do trabalhador na rede de atenção primária e prescreve que o Cerest deve oferecer subsídio técnico nas ações de promoção, prevenção, vigilância, diagnóstico, tratamento e reabilitação em saúde dos trabalhadores urbanos e rurais no SUS.

Nessa linha de análise, Leão e Vasconcelos (2011) e Dias e Hoefel (2006) analisam as muitas dificuldades que ocorrem no estabelecimento da Renast no Brasil, dentre elas: a confusão nos papéis das coordenações estaduais, municipais e dos centros de referências em saúde do trabalhador; o controle social fragilizado; o despreparo dos profissionais da rede de saúde para atender aos casos advindos da situação laboral; a frágil articulação intrassetorial da agenda da saúde do trabalhador; a própria agenda da saúde; o desvio de recursos para implantação da Renast utilizado para outras demandas da saúde e ações intersetoriais tímidas e localizadas sem uma ampliação para os outros órgãos que atuam na saúde do trabalhador, como: previdência, trabalho e assistência social, principalmente.

A Portaria nº. 1.823/2012-MS, que institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNST), tem o objetivo de alinhar-se ao conjunto

³²Os serviços de sentinelas e de retaguardas referem-se àqueles voltados para o acolhimento das demandas advindas das situações consideradas de relevância do ponto de vista epidemiológico. São referências para os agravos à saúde que necessitam de atendimento, o registro com a informação e investigação do caso, como também toda a rede de complexidade que envolve a intervenção para o caso. Um exemplo que podemos mencionar é a referência do serviço de toxicologia para os casos de intoxicações. Assim, os serviços de sentinelas e de retaguarda são uma das maneiras que se têm de organização do serviço de saúde de referência para detecção, diagnóstico, vigilância e tratamento. Situam-se também como fonte de informação para os processos de planejamento e gestão em saúde (WALDMAN, 2012).

de políticas de saúde no âmbito do SUS, verificando a transversalidade das ações de saúde do trabalhador e a consideração de que o trabalho é um dos determinantes no processo saúde-doença. Visa principalmente, à integralização das ações, contemplando a vigilância articulada à assistência e fortalecendo-a nos cenários de vida da população trabalhadora.

Para Minayo Gomes (2013), a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNST), homologada em 2012, constitui um passo importante para orientar a produção da área, respondendo a uma aspiração histórica dos profissionais, pesquisadores e movimento de trabalhadores que atuam nesse setor. Constam, também, princípios norteadores, diretrizes e estratégias para o desenvolvimento da atenção à saúde do trabalhador nas três esferas de gestão do SUS. Um dos seus objetivos é o fortalecimento da vigilância com um modelo ambicioso de ações a serem realizadas. Ter essa política como referência significa aproveitar uma oportunidade ímpar de superar o distanciamento entre academia e serviço. Ela abre perspectivas para o fortalecimento da Renast em que o conhecimento tem papel estratégico na formulação dessa política e a formação permanente dos profissionais de saúde nessa área de atuação.

Merecem destaque, na formulação dessa política, as instâncias de controle social, dentre elas, as conferências de saúde do trabalhador. As nacionais aconteceram, respectivamente, em 1986, 1994, 2005 e existe uma agenda para a realização da quarta conferência para o segundo semestre de 2014. Esses espaços deliberativos de diálogos tratam dos novos arranjos, expansão e perspectivas dos serviços de saúde do trabalhador. Abordam questões referentes às ações integradas e interinstitucionais das atividades voltadas à saúde no trabalho e de formação. Essas iniciativas são importantes na reverberação das questões que envolvem a vigilância em saúde do trabalhador e também para o fortalecimento dessa atividade como prática de saúde no SUS, que enfrenta fortes obstáculos para manter-se como política pública universal e integral.

Na discussão da roda, trouxeram também o debate sobre estratégias de fortalecimento à participação dos trabalhadores nas ações de vigilância em saúde do trabalhador. Colocaram na conversa dois trabalhos que realizaram: um com os trabalhadores coletores de lixo do município de Vitória e o outro com os

trabalhadores da enfermagem do Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes (Hucam-Ufes), ambos efetuados anos atrás, precisamente 2003/2004 e 1999, respectivamente. Nesses trabalhos, tiveram a oportunidade de fazer uma ação integrada com o sindicato das referidas categorias e com total participação dos trabalhadores no processo. Rememoraram esses trabalhos pelo fato de terem sido realizados com participação efetiva dos trabalhadores e seriam bons exemplos de possibilidades de desenvolverem trabalhos desse modo, utilizando-se do referencial teórico-metodológico da clínica da atividade.

Verificaram, por meio da atividade na vigilância, que cada vez fica mais difícil trazer o trabalhador para fazer a sua análise de trabalho, de exercer realmente esse papel de protagonismo que tanto se demarca como relevante na saúde do trabalhador. Consideram que o resgate desse protagonismo na atenção à saúde do trabalhador se dará pela via sindical, mesmo diante dos paradoxos que o movimento de trabalhadores encontra na atualidade. Apontam que a instituição Cerest/ES deve resgatar e fortalecer essa aproximação, de modo a potencializar esse movimento de força que foi muito intenso anos atrás e que no momento se encontra fragilizado.

Para a clínica da atividade, o principal analista da atividade de trabalho é o próprio trabalhador. Por isso o pesquisador/analista deve se colocar como um suporte/apoio ao deslocamento dos trabalhadores para o lugar de analista de sua própria atividade. Yves Clot (1999) também utilizou, para a sua análise e formulação teórico-metodológica, o diálogo com Yvar Oddone e de autores da linhagem francesa da ergonomia. Por essa via, a clínica da atividade retoma um caminho apontado por Oddone, quanto à atenção das possibilidades de superação de impasses vividos no trabalho pelos próprios trabalhadores. Uma via que possibilita um deslocamento do cientista ou analista do trabalho da posição de protagonista da investigação e da produção de inovações, incluindo de forma radical a participação dos trabalhadores.

Consideram a técnica de instrução ao sócia como uma ferramenta incorporada na atividade do Cerest/ES, seja nas atividades grupais, seja nas individuais. Uma profissional, que atualmente está afastada dos atendimentos individuais, relatou que, ao retomar para a realização dessa atividade (a consulta de primeira vez ao

trabalhador), irá utilizar essa técnica em seu atendimento. Outra profissional disse que usa esse método:

Ao fazer a ficha de anamnese, na consulta de primeira vez, irei usar essa técnica, faz diferença no modo como se aborda a questão, como a pessoa realiza o seu trabalho.

Eu já faço. Na verdade, eu fazia algo parecido mas agora faço de acordo com a instrução do Clot, dentro do olhar da clínica da atividade desde quando você apresentou o projeto de pesquisa aqui (PROFISSIONAIS da VISAT).

Outra situação que retornou nesse dia foi a questão do uso dos métodos da clínica da atividade na vigilância. Assim, uma profissional disse: “*Utilizar os recursos da clínica da atividade na empresa privada é um grande desafio*”. Uma outra profissional acrescentou: “*E no público, também*”. Esse diálogo trouxe uma cena recente ao grupo de uma ação que realizaram em um hospital público no município de Colatina/ES. Mesmo sendo uma instituição pública, relataram, no primeiro momento, que tiveram obstáculos no acesso e foram recepcionadas de forma rude por parte da direção do hospital e das coordenações de serviços. Tiveram dificuldades para conversar com os trabalhadores, mas, diante desses empecilhos, conseguiram fazer algumas subversões e, assim, puderam escutar os trabalhadores e fotografar o hospital. Trouxeram esse exemplo para a roda de modo a reafirmarem que também existe dificuldade de inserção na realização da Visat em instituições públicas e concluíram que cada experiência tem as suas singularidades.

Retomada a questão, indaguei: o que as rodas de conversas sobre a análise do trabalho na vigilância possibilitou para vocês?

Repensar a nossa prática. Levar a gente a pensar o que fazemos e o que o outro também faz.

Chegou o momento que precisávamos de conversar e sermos escutados e nos escutar também. Ela nos possibilitou isso através desse grupo. A gente tem o poder de estar construindo como se fosse o chamamento do nosso papel.

Resgatar e tentar entender o processo de trabalho, a atividade, a partir da lógica do trabalhador. A gente vai para lá com todo o saber possível que a gente tem para entender e conhecer aquela atividade e processo de trabalho e muitas vezes nos esquecemos do protagonista desse trabalho.

A clínica da atividade traz-nos a possibilidade de inserir o trabalhador no processo de vigilância (PROFISSIONAIS DA VISAT).

Na direção de escolha pelo referencial teórico-metodológico na condução desta pesquisa, compartilhei com a premissa do Clot (2010), que afirma que o diálogo em clínica da atividade é um observatório no sentido de:

[...] transformar a observação em diálogo de modo a tornar a palavra numa ferramenta de observação, não é renunciar à observação, não é fazer menos observação é fazer mais observação. [...] a palavra na clínica da atividade não é para escutar o vivido é feita para agir, é um diálogo profissional para transformar a situação, é portanto um diálogo para manter o vivido. Não é um diálogo para apreender o vivido ou para conhecê-lo. É um diálogo para que o vivido se transforme, se desenvolva, na ação dialógica e na observação em curso do diálogo (CLOT, 2010, p. 235).

A saúde do trabalhador tem um movimento permanente de práticas, saberes e histórias no SUS. Dar visibilidade a essas práticas implica possibilitar o diálogo e as ações dos diversos atores sociais que constituem a atividade na vigilância em saúde do trabalhador.

*A maior riqueza do homem
é a sua incompletude.
Nesse ponto sou abastado.
Palavras que me aceitam como sou - eu não
aceito.*

*Não aguento ser apenas um sujeito que abre
portas,
que puxa válvulas, que olha o relógio,
que compra pão às 6 horas da tarde,
que vai lá fora, que aponta lápis,
que vê a uva etc. etc.*

*Perdoai!
Mas eu preciso ser Outros.
Eu penso renovar o homem usando borboletas.
(Manuel de Barros).*

3 A FORMAÇÃO PELO TRABALHO NA VIGILÂNCIA DA SAÚDE DO TRABALHADOR

Trazer para o debate a questão da formação suscita a indagação de como essa palavra é muitas vezes dimensionada nos modos de vida hoje. Essa contundência se reproduz numa visão prevalente que associa a formação, essencialmente, aos processos de escolarização, aquisição de conhecimentos ou habilidades para o exercício de uma função. Também, nesta análise, podem ser considerados os mecanismos que envolvem um modo de formação hegemônica.³³ Porém, o termo formação vai muito além do que está colocado em consonância com a própria etimologia da palavra, que vem do latim, *formatio*, cujo significado se refere ao “ato de formar, de fôrma, aspecto, aparência padrão” (CUNHA, 2010).

Nesse sentido, torna-se pertinente problematizar³⁴ o termo formação sob o ângulo que mais se aproxima de sua gênese etimológica, estabelecendo uma reflexão acerca de seu sentido, aproximando e/ou contrapondo as noções que pairam sobre a “ação de formar”.

Pelo viés foucaultiano (2012), pensar a problematização demanda um exercício no qual se torna mais viável ao pensamento visualizar as múltiplas possibilidades sem mensurar respostas prontas e acabadas, já que não há apenas uma dada situação, mas, sim, um processo a arquitetar-se continuamente, questionando o que está dado. Assim, contemplam-se as condições de sua constituição e por essa via se produzem outros movimentos.

E é por esse viés que indagar acerca do que é possível operar no conceito de formação requer empreender o olhar para outros contextos, não apenas ligados à aquisição de conhecimentos técnico-científicos específicos de uma determinada área. Apesar do entendimento que se tem da importância da aquisição de

³³ Formação hegemônica: é expressa aqui como aquela que segue uma certa tradição institucionalizada semelhante ao modelo escolar, seriada, voltada para aquisição de conhecimentos e habilidades específicas.

³⁴ “Problematização: não quer dizer representação de um objeto preexistente, nem tampouco a criação pelo discurso de um objeto que não existe. É o conjunto das práticas discursivas e não discursivas que faz alguma coisa entrar no jogo do verdadeiro e do falso e o constitui como objeto para o pensamento (seja sob a forma da reflexão moral, do conhecimento científico, da análise política, etc.)” (FOUCAULT, 2012, p. 236).

conhecimento e habilidades para o exercício de uma determinada função, especialmente no campo da saúde, a defesa aqui é também considerar a produção que envolve os processos de objetivação e subjetivação no contexto da formação.

Nesse sentido, a convocação é pensar a formação também nos modos de vida, de trabalho e nos diversos espaços sociais onde o homem se insere. Questionar a maneira como se percebe o processo de formação como aquele relacionado com uma certa tradição hegemônica, voltada para treinamentos e capacitações para um determinado padrão. Também consta nessa ótica indagar um certo modelo de homogeneização no que se refere ao domínio técnico-científico de conhecimentos e habilidades.

Para Barros (2012), a formação é muitas vezes entendida como transmissão de conhecimento, instrumentalização de sujeitos para um determinado papel ou função de forma eficaz. Logo, frequentemente se oculta o caráter político dos processos formativos. Ainda de acordo com Barros (2005), pensar um conceito de formação implica a análise de muitos fatores. Esse aporte conceitual pode ter diversas definições, dependendo dos usos e contextos, porém relata o rigor que se faz necessário ao empregar tal termo de forma indiscriminada e sem o critério conceitual que ele exige, especialmente por ser uma terminologia utilizada em diferentes campos do saber. Barros (2005) complementa que uma opção conceitual é sempre uma escolha e, portanto, uma política que envolve interesses, saberes, poderes, modos de lidar, ver o mundo e constituí-lo.

Esse caminho de análise corrobora a premissa de que a formação é uma das maneiras utilizadas para intervir nos diversos campos do conhecimento, o alicerce que impulsiona a uma posição baseada numa aposta ético-política que se estabelece ao viver. Nessa direção de análise, Heckert e Neves (2010, p. 17) referem-se a “[...] formação como produção de realidade, constituição de modos de existência, portanto, não se dissocia da criação, da gestão, e dos processos de trabalho que emergem deste campo”. Por isso, as autoras acrescentam que essa esfera implica pensar a formação e entendê-la como uma prática de movimentos passíveis de mostrar sua condição problematizadora.

Campos, Cunha e Figueiredo (2013) descrevem que a formação dos profissionais de saúde historicamente tem sido pautada pelo modelo de educação da ciência positivista que fragmenta o homem diante das dimensões de corpo/mente, sentimentos, ética, redução do saber, a competência técnica numa ótica que prioriza a transmissão de conhecimento.

Ceccin e Feuerweker (2004), ao analisarem a formação dos profissionais de saúde, situam que as instituições formadoras têm mantido modelos conservadores centrados em aparelhos e sistemas orgânicos, tecnologias especializadas dependentes de procedimentos e apoio de diagnóstico terapêutico. Complementam que a formação não pode tomar como referência apenas o conhecimento técnico-científico voltado para a prevenção de agravos e doenças, assim como as suas terapêuticas ou cura. Referem ainda que:

[...] atualização técnico-científica é apenas um dos aspectos da qualificação das práticas e não o seu foco central. A formação engloba aspectos de produção e subjetividades, produção de habilidades técnicas e de pensamento e o adequado conhecimento do SUS. A formação para a área da saúde deveria ter 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 as várias dimensões e necessidades de saúde das pessoas, dos coletivos e das populações (CECCIN; FEUERWEKER, 2004, p. 43).

Práticas de formação requerem ações que contemplem uma dimensão de habilidades técnicas para o exercício de uma atividade profissional conjuntamente à dimensão aliada às esferas de produção de mudanças no modo da atividade de trabalho e condução da vida. Mudança que representa um grande desafio para a área da saúde. Desafio que se confirma, pela tênue relação e gênese, que o trabalho em saúde toca o binômio vida-morte. Essa situação de certo modo é uma força que muitas vezes faz prevalecer a dimensão da competência focada na habilidade técnica e na capacitação como estratégia de formação em saúde .

Davini (2009), em sua análise sobre a formação na área da saúde, afirma que a capacitação é uma das estratégias mais usadas para enfrentar os problemas dos serviços de saúde. Tais estratégias são desenvolvidas sob a influência de uma série de condições institucionais, ideológicas e culturais. Ainda aponta que, na capacitação, há a persistência do modelo escolar, voltado para levar informações

sobre um determinado assunto. Reverberando a transmissão do conhecimento, com expectativa de as informações serem adquiridas e incorporadas à prática do trabalho, a capacitação, em muitas situações, ocorre fora do contexto real de trabalho em muitos desses cenários.

Entende-se, assim, que o modelo de capacitação hegemônico na saúde não contempla a magnitude que a prática educativa requer, considerando ser uma prática ainda pautada numa visão instrumental da educação, fragmentada, unidisciplinar, verticalizada, com o imediatismo de resultados, sem uma análise criteriosa das circunstâncias políticas institucionais para a sua realização.

Dessa forma, aqui, nesta tese, quando faço referência à formação, esta não se restringe à capacitação de pessoas, mas refere-se a uma ação contínua mais ampla. Nota-se que a capacitação ainda é um modelo predominantemente utilizado nos serviços de saúde e aos poucos vem estabelecendo modulações que fomentam outros modos de habilitar. Agrega-se a tal formato uma política educativa, que vem se modelando contextualizada num processo de ampliação, que envolve a formação para o trabalho-vida, promovendo, assim, estratégias de transformação das práticas de saúde e reposicionamento subjetivo.

Formação é um processo que vai além do sentido clássico da aquisição de conhecimentos técnico-científicos relacionados com uma dada função. Assim, existe, no ato de formar sujeitos e grupos dimensões plurais de habilidades para o exercício de um cargo, em que há um processo de transformação do modo de ser e se colocar diante de uma dada realidade.

Ao pensar nos desafios da formação para o exercício da atividade de trabalho em saúde, as ideias suscitadas por Foucault (2010, p. 366) convidam a refletir sobre a questão, quando ele expôs suas aulas sobre a Antiguidade greco-romana e disse:

[...] chamamos de 'pedagógica' portanto, essa relação que consiste em dotar um sujeito qualquer de uma série de aptidões previamente definidas, podemos, creio, chamar de 'psicagógica' a transmissão de uma verdade que não tem por função dotar os indivíduos de aptidões, etc., mas modificar o modo de ser do sujeito a quem nos endereçamos.

Nessa relação pedagógica e psicológica, Foucault (2010) convoca o olhar em direção a um elo e a uma relação imbricada na produção da verdade e de

compromisso dos processos formativos. Assim, alicerça para uma prática formativa, que pode ser construída durante o percurso, diante de uma dada situação apresentada no modo diário de como o trabalho se realiza na saúde.

Na transformação das práticas de formação em saúde, as instituições formadoras se situam como importantes parceiras, quando possibilitam a articulação entre ensino e serviço de saúde, de maneira que se tenha um trabalho de conexão e de construção permanente das práticas. Logo, acionam-se tempos e espaços de conexão pautados na realidade concreta de trabalho.

A finalidade é convocar os atores desse processo formativo para reinventar modos de produção e buscar possibilidades outras para a construção de um plano coletivo que se demonstra mais auspicioso como processo formador. Nessa direção de análise:

É na situação de trabalho que podemos apreender sua dimensão coletiva. E por quê? Porque nela os trabalhadores põem em jogo não apenas o que está prescrito para a execução de uma tarefa, seu conhecimento tácito e já codificado, mas outros recursos que possam lhe ser úteis para lidar com o que é imprevisto-não prescrito, portanto (BARROS; BENEVIDES DE BARROS, 2007, p. 76).

O cotidiano dos serviços de saúde e sua relação com os modos de produção envolvem, numa só esfera, a gestão e a atenção, elementos norteados pelos princípios do SUS. Tais convergências salientam uma importante pauta de reflexão: discussão e criação de processos formativos, bem como o enfrentamento aos desafios na implementação do sistema de saúde e, dessa forma, a intervenção de todos os atores e instituições, implicados(as) nesse sistema.

Diante desse movimento e dos desafios enfrentados na construção do sistema de saúde brasileiro, o SUS definiu, como sua política de formação, a educação permanente. Esta foi instituída a partir da Portaria nº. 198, de fevereiro de 2004/MS, e alterada pela Portaria nº. 1.996, de 20 de agosto de 2007/MS (BRASIL, 2007). Essa política tem a premissa de articular as necessidades e possibilidades de desenvolver a educação dos profissionais e a capacidade resolutiva dos serviços de saúde, assim como o desenvolvimento da educação popular com a ampliação da gestão social das políticas de saúde. Para o SUS, a educação permanente é a aprendizagem no trabalho, em que a ação de aprender se

incorpora ao dia a dia das instituições e ao trabalho desenvolvido. Aposta-se numa educação permanente que expresse:

[...] um conceito pedagógico, no setor saúde, para efetuar relações orgânicas entre ensino e as ações e serviços e entre docência e atenção a saúde, sendo ampliado, na reforma sanitária brasileira, para as relações entre formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde [...] realiza a agregação entre aprendizado, reflexão crítica sobre o trabalho e resolutividade da clínica e da promoção da saúde coletiva (BRASIL, 2004, p. 2).

A política de educação permanente no SUS possibilita uma abertura que propõe avançar rumo a uma formação que supere os modelos pedagógicos tradicionalmente instituídos, funcionando à guisa de uma geratriz de possibilidades para conexões variadas e novas amplitudes de intervenções, visando a uma transformação produzida por meio de ações concretas do mundo do trabalho, nas quais se pode movimentar a máquina, reinventar a vida.

A temática da educação permanente é uma abordagem da área da educação que foi transportada para a saúde com as suas peculiaridades. Para Smaha e Carloto (2013), a França foi o cenário das primeiras discussões de maior visibilidade sobre a temática. O pesquisador Pierre Furter foi quem trabalhou a questão inicialmente e teve os seus escritos traduzidos no Brasil. Em terras brasileiras, foi Moacir Gadotti, um dos estudiosos que introduziu tal discussão, pesquisa que culminou em sua tese de doutorado e, posteriormente, foi publicada em livro, cujo título é: “A educação contra a educação: o esquecimento da educação e a educação permanente”, prefaciado por Paulo Freire.

Concerne enfatizar esses fragmentos da história da educação permanente, porque, nos levantamentos bibliográficos sobre o tema na área da saúde, há pouca referência a essa vertente de emergência. Destaco, portanto, o mote desse estudo do Gadotti (1994) que configura a base da educação permanente no âmbito da saúde.

Embora vários documentos registrem que a educação permanente tenha surgido na França, Gadotti (1994) diz que não se pode considerar ser um fenômeno francês. Retrata isso embasado nos documentos que os países estrangeiros utilizaram como base de estudos da educação permanente, oriundos de suas

nações. Também relata não ser uma temática da modernidade, ao citar o filósofo chinês Lao-Tsé, século VII A.C., que introduziu essa ideia quando aludiu à concepção de que: “[...] todo estudo é interminável e assim propagou a origem da noção de permanência na história da educação, portanto, não é a expressão recente de uma preocupação antiga” (GADOTTI, 1994, p. 56).

Gadotti (1994), ao estudar a questão da educação permanente convoca a pensar os paradoxos nela inseridos diante das etapas que desenvolve: a educação de adultos direcionada à formação profissional é uma fase vista por ele como utópica, integrando a ação educativa à pretensão radical de transformação do sistema educativo. A educação permanente se distanciou de seu conceito originário. Após o levantamento de documentos sobre educação permanente em Genebra, concluiu-se que a temática tratava de um “[...] discurso ideológico e para os trabalhadores servia como risco de se tornarem mais rentáveis e adaptáveis as mudanças econômicas e industriais” (GADOTTI, 1994, p. 133).

Diante disso, pode-se entender que a educação permanente está vinculada ao modo como está organizada a sociedade. Ela é feita por sujeitos que atuam de diversas maneiras dentro das normas existentes. Gadotti (1994) ainda afirma que a educação permanente se aproxima de sua filosofia, quando faz emergir a ideia de que o sujeito está em constante aprendizado, envolvido em projetos educacionais que podem operar processos de mudança.

A educação permanente na saúde começou a ganhar força a partir da década de 70, por meio da Organização Pan-Americana de Saúde (Opas) com o objetivo de melhorar as práticas de saúde. A Opas buscou, nos documentos da Unesco, as bases conceituais da educação permanente, que, até então, eram aplicadas na área da educação como uma ferramenta indispensável em frente às necessidades que emergiam da população usuária da saúde, fato esse destacado, em especial, nos trabalhos de Franco, Chagas e Franco (2012), Stroschein e Zocche (2012) e Lopes *et al.* (2007).

Antes, as necessidades postas nessa época e tendo em vista que o planejamento em saúde tinha uma relação direta e conexa com o planejamento de recursos humanos para o setor da saúde, deu-se início a uma série de debates e pesquisas

nos países latino-americanos, visando à formação. A proposta de educação permanente na América Latina teve a estratégia de alcançar o desenvolvimento na relação trabalho e educação. O Brasil, como membro integrante da Opas, seguiu os movimentos do referido episódio.

Para Ceccin (2005), a educação permanente no Brasil emerge de várias correntes. Alguns educadores referem-se a um desdobramento da educação popular ou da educação de jovens e adultos, alicerçados pelas diretrizes e pensamento de Paulo Freire. Outros revelam ser do movimento institucionalista em educação, caracterizado fundamentalmente pela produção de René Lourau e George Lapassade. E outros ainda relatam se configurar uma mescla de vários movimentos de mudanças na formação dos profissionais de saúde, resultando na análise das construções pedagógicas, na educação dos serviços de saúde, na educação continuada para o campo da saúde e na educação formal desses profissionais.

Ceccin (2005, p. 2) enfatiza a denominação educação permanente na saúde e não apenas educação permanente porque, “[...] como vertente pedagógica, esta formulação ganhou estatuto de política pública apenas na área da saúde”.

[...] destaco que aquilo que deve ser realmente central à educação permanente em saúde é a sua porosidade à realidade mutável e mutante das ações e dos serviços de saúde; é a sua ligação política com a formação dos perfis profissionais e de serviços, a introdução de mecanismos, espaços e temas que geram autoanálise, autogestão, implicação, mudança institucional, enfim, pensamento [...] (CECCIN, 2005, p. 2).

Nesse sentido, a estratégia de educação permanente na saúde é desafiadora, pois convoca para uma transformação do caráter pedagógico para uma proposta de mudanças de práticas cotidianas no próprio local de trabalho, considerando que esse espaço é um lugar de aprendizagens, reflexão e exercício de práticas de cuidado e formação.

Para Davini (2009), o enfoque da educação permanente na área da saúde representa uma importante mudança na concepção e nas práticas de formação dos trabalhadores, no sentido de incorporar ao ensino a aprendizagem e a vida cotidiana nos espaços sociais e de trabalho. Esse processo problematiza o fazer

cotidiano nos serviços; situa os envolvidos como atores reflexivos e construtores de conhecimentos; produz movimentos que atendem à equipe interdisciplinar e amplia os espaços educativos para além dos ambientes formais de ensino.

A educação permanente, para Merhy (2013, p. 265), é um “componente-chave” que compõe para a gestão do cuidado, pelo fato de possibilitar a criação de situações que permitem “[...] mudar os processos de trabalho na medida em que problematizamos nosso próprio fazer, no seu acontecer coletivo”.

Com o objetivo de sintonizar e permeabilizar as premissas relacionadas com as diretrizes da educação permanente e a atividade da vigilância em saúde do trabalhador, entende-se que é possível defender tal conexão. A vigilância em saúde do trabalhador situa-se no centro do debate do movimento operário, por tratar de conhecimentos e práticas que abrem possibilidades de ampliar a ação das vigilâncias epidemiológicas e sanitárias por meio da análise dos processos de trabalho. Desse modo, uma nova paisagem se acopla ao cenário e diz respeito à forma como ocorrem os processos produtivos e a sua correlação com a saúde. Também pontua a relevante participação do controle social, tanto na ação em vigilância como na proposta colocada pela educação permanente, assim se constituindo para o exercício da ação política. Para Vasconcellos, Almeida e Guedes (2010, p. 451), esse aspecto se dimensiona por meio da:

[...] intervenção da vigilância em saúde como prática política em que há uma nítida aproximação entre a pedagogia empírica do movimento operário e as pedagogias emancipatórias que colocam o sujeito-aprendiz como sujeito produtor de saber e agente político de transformação da realidade. Consumá-la nesses moldes é restabelecer o poder da verdade e imiscuí-la na prática política por dentro do aparelho do Estado.

Na aposta de uma formação que não se “engesse” em um conceito ou modelo, mas que vislumbre a abertura de novos acessos e possibilidades, esta tese propôs indagar a atividade na vigilância em saúde do trabalhador por meio do caminho da clínica da atividade, objetivando a formação desses profissionais como processo. Dessa maneira, acredito haver interferências e transformações nos modos de ensinar, aprender, desejar, criar, recriar as maneiras de trabalhar e viver ancorada nos pressupostos da política de formação pelo trabalho do SUS, tendo em vista ser

a educação permanente em saúde que serviu como base ou chão para que esta pesquisa pudesse ser conduzida no Cerest/ES.

O pensamento de Barros (2012, p. 37) anuncia que a formação como processo se

[...] expressa em múltiplas formas de ação, como produção de saberes e práticas sociais que instituem sujeitos de ação, aprendizados permanentes e não práticas de modelagem que se constroem sobre especialismos naturalizados. Um trabalho que questiona as formas-subjetividades- instituídas escapando da produção de profissionais como mercadorias amorfas, despotencializadas, silenciosas e serializadas.

A referida autora (Barros, 2012) complementa que a formação como processo se configura em construir novos rumos ao pensamento, no intuito de promover um panorama formativo como uma arquitetura que permita várias formas de ação, produção de saberes, práticas sociais e aprendizados permanentes.

Trazendo para a cena os processos formativos no Cerest/ES, eles têm sido recorrentemente debatidos e questionados no grupo de seus profissionais. Essas indagações ocorrem diante das demandas que lhes são convocadas no dia a dia de trabalho. Na análise da atividade de vigilância em saúde do trabalhador do Cerest/ES foi relatado que o trabalho que desenvolvem impulsiona a buscar novos conhecimentos, atualizar os existentes diante das solicitações de novas normatizações e portarias-leis que envolvem a área de saúde no trabalho.

As demandas mais específicas da própria política de saúde do trabalhador no Cerest/ES requerem uma atuação voltada para uma formação hegemônica na área de saúde do trabalhador no SUS. Esse modelo de formação é designado por eles como “capacitação”. A todo momento o grupo vem questionando o modo como essa atividade vem sendo desenvolvida. Diante desse incômodo, os profissionais tentam buscar estratégias formativas situadas nas realidades concretas do trabalho na saúde, nos diversos espaços onde são convocados a realizar formações, como na atenção primária, nas vigilâncias e nos centros de referências regionais. Para essas profissionais, a atividade de vigilância em saúde do trabalhador os convoca, a todo momento, a pensar em outros modos de atuação, estudos, atualização, que produzam esquadrinhamentos na forma como se operam as ações nessa atividade, como no relato a seguir:

[...] é um certo dilema em relação à necessidade de termos conhecimento técnico da saúde do trabalhador para o exercício dessa atividade, a responsabilidade na produção dos relatórios das ações de vigilância (muitos vão para vários órgãos, dentre eles, o Ministério Público do Trabalho, sindicatos e outros). Tudo isso repercute diretamente na vida do trabalhador e [traz] riscos para ele também como de acidente, de doença, de perder emprego e até risco de morte, caso algo não tenha sido identificado antecipadamente. A nossa posição, diante de uma dada situação, é de muita responsabilidade e podemos considerar uma ação ética de nossa função de profissionais da vigilância. Vejo que este trabalho que estamos realizando através do conhecimento da clínica da atividade vem nos ajudar no dia a dia. Até mesmo podemos utilizar em nossas capacitações, nos municípios (PROFISSIONAL DA VISAT).

A vigilância em saúde do trabalhador, por ser um campo fértil de tensões, poderes, práticas de uma realidade concreta de trabalho, aposta na pertinência que o processo de formação, nessa lógica de modulação, assentada e atravessada pela educação permanente, é uma força motriz na construção e implementação da política de saúde do trabalhador, considerando que os processos de trabalho são campos de produção do saber, em que se aprende por si mesmo, mas onde também estão colocadas as conexões de saberes formuladas coletivamente.

Nessa direção de formação como potência de vida, a partir da análise da atividade de trabalho, Clot (2000, p. 12) convoca a pensar como a análise de trabalho se revela como instrumento de formação:

[...] na busca se tornar-se um instrumento de transformação da experiência. O que é formador para o sujeito, ou seja, isso que aumenta seu raio de ação e seu poder de agir e poder modificar os estatutos do seu vivido: o objeto de análise, o vivido, deve tornar-se meio para viver outras vidas. Isso não é verdadeiramente reconhecido pelo sujeito senão quando se transforma. Além disso, o sujeito, ele mesmo, não se reconhece em formação se não a partir do momento em que sua experiência, fora de seu contexto habitual, vale também em outros contextos. É somente quando a experiência serve a fazer outras experiências que o sujeito toma em suas mãos sua história.

Observa-se, então, que há uma proposta de exame minucioso, de recriação, de conexões de formação na saúde, especialmente no campo da saúde do trabalhador, como tática política e de intervenção desses novos modos de produção do trabalho cotidiano. Diante da proposta aqui assumida com o basilar intuito de intervenção, a pesquisa caminhou na direção de colocar em análise a atividade da vigilância em saúde do trabalhador, entendendo que esse espaço é

um campo de formação permanente com potencial para disparar trocas e debates entre os diversos conceitos técnico-científicos e a experiência de trabalhadores em seu ambiente de trabalho e transformações de práticas.

A aposta é possibilitar a interlocução entre saberes que constituem as práticas em vigilância, de modo a proporcionar um processo de formação que contribua para a produção de conhecimento e de intervenção na área de saúde do trabalhador. Com esse objetivo, constituímos a clínica da atividade como dispositivo metodológico para pensarmos a formação no contexto da análise da atividade de trabalho.

O processo de pesquisa acionou diálogos que direcionam pistas na direção da ação de formar, pela via da análise da atividade, no trabalho, desvelando os processos colocados em situação.

No debate na roda em que discutiam a função de autoridade sanitária na qual é outorgada o exercício da atividade de vigilância, as profissionais da Visat relataram a importância de terem cursos voltados para uma formação que lhes possibilitem ter mais respaldo técnico-científico em suas ações. Existe uma preocupação em relação à busca de uma formação que lhes proporcione a aquisição de conhecimentos que não coloquem em questionamento a sua competência e a legitimidade profissional.

Desse modo, o que se encontra são agonísticas em relação aos processos de formação problematizadora, visando à produção de autonomia no exercício da atividade da Visat. Existia no grupo uma preocupação em relação ao respaldo técnico de suas atividades profissionais na vigilância e também uma certa tensão quanto ao fato da atividade ser, em muitos momentos, colocadas à prova diante de uma avaliação externa do órgão que demandou uma ação de vigilância e até mesmo contestação por parte de algumas empresas que foram alvo da ação da vigilância:

Fizemos uma ação de vigilância criteriosa que teve a duração mais de um ano de atividade através de um projeto de intervenção solicitado pelo Ministério Público do Trabalho e o sindicato da categoria. Foi um trabalho longo, porque fizemos avaliação clínica dos trabalhadores, avaliação dos ambientes de trabalho, grupo focais com trabalhadores e finalizamos o

trabalho numa mesa de negociação junto a estas instâncias mais a empresa. Naquela época, tivemos notícia de que a empresa havia recorrido a um conceituado grupo de consultoria nacional para contestar o nosso parecer e assim recorrer judicialmente em relação ao que foi proposto na mesa de negociação junto ao Ministério Público do Trabalho. E pelo que ficamos sabendo, esse grupo de consultores de referência nacional, ao analisar o trabalho que fizemos, disse que não havia possibilidade de contestar o trabalho desenvolvido por nós. Isso é um exemplo em relação de como estamos expostos e à necessidade de sermos capacitados para o exercício desta função (PROFISSIONAL DA VISAT).

Corroborando essa análise, esse fato também foi identificado na pesquisa de Santorum (2006), quando descreve que o alcance do conhecimento técnico disponível nessa atividade é uma demanda dos profissionais da vigilância. Coloca que esse conhecimento comparece na atividade da Visat como sendo necessário mas não suficiente para dar conta dos objetivos fixados para o exercício dessa atividade. “É preciso se experimentar na situação para sustentar as decisões que devem ser tomadas e providências que devem ser cumpridas enquanto autoridade sanitária” (SANTORUM, 2006, p.102).

Mas existe alguma formação que dê conta dessa questão? Uma formação que não coloque em questionamento a competência e a legitimidade profissional?

Momentos de silêncio...

A gente fala isso devido alguns suportes técnicos necessários na nossa atividade e muitas vezes somos cobrados por isso. Um exemplo, hoje, é uma demanda que temos de um curso voltado à questão da toxicologia., tipo ocorrido há anos atrás, logo quando o Cerest/ES foi criado. Essa formação mais institucionalizada é importante porque faz parte do nosso dia a dia conhecer e nos aprofundarmos em certos assuntos, considerando que participamos de fóruns e atendemos pacientes com suspeita de intoxicação por agrotóxicos e é uma questão epidemiológica importante para o Estado.

Em muitas situações, a gente vai se formando na prática. Aparecem demandas novas que nos levam a correr atrás, ir à procura da literatura e procurar quem conhece e estuda a questão busca de caminhos para resolver a situação que nos chega, e faz necessário dar resposta diante das coisas que somos solicitados. (PROFISSIONAIS DA VISAT).

Dentro dessa linha de análise, Schawartz (2010) traz uma discussão de pertinência para este debate que é a relação dos saberes formais e investidos. Para Schawartz (2010, p. 44), os saberes investidos dizem respeito “[...] à gestão de todas as situações de trabalho adquiridas nas trajetórias individuais e coletivas

singulares, contrariamente aos saberes acadêmicos, formais, que podem ser relacionados com outros conceitos e situações”. Os saberes investidos são aqueles aderentes ao corpo, capilarizados, vindo da experiência do vivido e não expressos nas linguagens e protocolos, mas, para o autor, são considerados saberes que são articulados num “continuum” aos saberes formais. Ele diz da necessidade de se estabelecer uma relação de “interfecundação” (SCHAWARTZ, 2010, p. 45) entre esses saberes. Problematizar esta análise possibilita vislumbrar a indagação de um viés colocado pelas vigilantes em saúde do trabalhador de suas experiências no campo empírico nessa atividade.

Como situam a experiência nessa atividade de vigilância em saúde do trabalhador?
Ela é formadora?

Pra gente é formadora. A nossa experiência diária nos convida a buscar conhecimentos e nos desafia diante de muitos imprevistos que acontecem em nossa prática e também situações que demandam de nós novos estudos e intervenção sobre um problema que nos chega aqui (PROFISSIONAL DA VISAT).

Os saberes investidos é uma provocação e, ao mesmo tempo, uma convocação exigida a esses profissionais em situação de trabalho na atividade de vigilância em saúde do trabalhador, pelo fato de demandar essa experimentação que muitas vezes não cabe nos conceitos existentes no campo do saber formal. Reforçando essa área de tensão, também existe uma série de cobranças externas em relação à exigência de um saber e conhecimento sólido que se exige, especialmente, quando são convocados à “prestação de contas”, a partir da produção de um relatório final após a efetivação de uma ação de vigilância. É importante destacar que não se trata de dicotomia: habilidades e produção de subjetividade, mas de ampliar o olhar para as possibilidades de um processo formativo, que contemple essas duas dimensões permanentemente, atuando em simbiose.

Na finalização do último encontro, que se constituiu como campo de pesquisa, indaguei ao grupo: como foi para vocês esse processo de formação em nossas rodas de conversas?

Essa nossa proposta de estudo/formação foi uma grande proposta, muito bacana e possibilitou-nos muita aprendizagem. Uma ferramenta que veio para nos ajudar.

Achei importante a aproximação da metodologia da clínica da atividade com a vigilância. Também esse grupo nos uniu. Nós potencializamos para que pudéssemos usar esses ensinamentos em nós mesmos e analisamos a nossa atividade.

A gente começou a tomar iniciativas e decisões aqui.

Fazer essa atividade, colocar no papel e discutir o que fazemos no nosso trabalho muda muita coisa no pensamento da gente, pois a gente questiona mais e nos tornamos mais críticos no nosso cotidiano e olhamos no nosso trabalho.

Essas rodas produziram mudanças em nós. Estamos repensando o nosso trabalho e aos poucos muitas coisas vem sendo modificadas (PROFISSIONAIS DA VISAT).

Essas falas nos convocam a pensar sobre a importância de potencializar as ações de formação como movimentos afirmadores da vida e também fomentadores para uma certa desnaturalização nas situações vividas rotineiramente diante da lógica hegemônica colocada na sociedade contemporânea de busca, cada vez mais incessante, por conhecimento, individualização, produtividade, invisibilidade das atividades de trabalho, falta de solidariedade e de encontros para o fortalecimento de coletivos. Onde há circulação de diálogos, debate, controvérsias, composição de experiências, espaços para invenção e intervenção, há produção de processos formativos e de construção do conhecimento.

O fortalecimento de ações de formação impulsiona tensionar caminhos que levam aos movimentos de democratização e protagonismo nos espaços de trabalho, bem como de tornar efetiva uma política de formação em situação permanente com interferência na organização do trabalho.

Potencializar processos formativos exige um exercício de estarmos abertos e disponíveis para deslocar as coisas existentes, transpor outras, fazer rupturas em alguns momentos e assumir riscos. Coloca em questão que somos seres inacabados em constante transmutação em viver experiências com as suas intensidades e nuances que esse processo requer e nos convoca a viver:

[...] a experiência é o que nos passa, o que nos acontece, o que nos toca. A experiência como possibilidade de algo que nos aconteça, ou nos toque, requer um gesto de interrupção, um gesto que é quase impossível nos tempos que correm: requer parar para pensar, parar para olhar, parar para escutar, pensar mais devagar, parar para sentir, sentir mais devagar, demorar-se nos detalhes, suspender a opinião, suspender o juízo,

suspender a vontade, suspender o automatismo da ação, cultivar a atenção e a delicadeza, abrir os olhos e os ouvidos, falar sobre o que nos acontece, aprender a lentidão, escutar aos outros, cultivar a arte do encontro, calar muito, ter paciência e dar-se tempo e espaço (LARROSA, 2002, p. 219).

Desse modo, pensar em processos formativos com essa dimensão de experiência é cada vez mais raro e diz respeito a um processo que não é trivial; é complexo e muito trabalhoso.

A formação pelo trabalho na vigilância em saúde do trabalhador produziu afirmações na composição da gestão desse cuidado, potencializando vidas no sentido de possibilitar a problematização do próprio trabalho, fazer a análise da atividade, convocar estratégias de enfrentamentos coletivos com mudanças nos processos de trabalho e aumentar o poder de agir dos trabalhadores vigilantes em saúde do trabalhador. Esse foi um desafio aqui assumido.

[...] me perguntaram para que serve a utopia? Serve para fazer a gente caminhar (GALEANO, 2009).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

*Você jamais pensou que pudesse fazer tudo isso com a gente
(PROFISSIONAL DA VISAT).*

Estas foram as palavras ditas por uma profissional da Visat no último encontro que finalizou o nosso processo de pesquisa. Por obra do acaso, a conversa foi interrompida com o apagar das luzes. Faltou, repentinamente, energia elétrica no prédio onde funciona o Cerest/ES. Aguardamos um tempo em total escuridão. Como a sala em que estávamos ficou muito escura e sem ventilação, assim como o tempo da roda já estava se esgotando, ficou difícil a permanência no local. Sem luz e com muito calor, foi impossível dar continuidade aos diálogos naquele momento. Não tivemos tempo e condições para dar continuidade e esta conversa dos efeitos da intervenção no grupo. A pesquisa não só faz intervenção nos participantes, como também produz um movimento de interferência nos próprios pesquisadores.

A frase supracitada marcou todo o processo de trabalhar os dados da pesquisa, percurso da escrita, conversas com as duas pesquisadoras que estiveram comigo e a finalização desta tese. Trouxe as reminiscências dos momentos vividos nos encontros, seus movimentos e intensidades, os seus meios de potência que tocavam o corpo de diferentes modos. Diante disso, pensei no título de um dos capítulos “Encontros pulsantes de um gênero em formação”, pois, no contexto da fisiologia e da semiologia humana, pulsantes vem de pulso, que é vida, é sinal vital. O pulso não apresenta uma linearidade em sua frequência no percurso da vida. Muitas vezes o pulso pode estar normotenso, braditenso e taquitenso, mas ele é sempre pulsante quando há vida, que nos faz reinventá-la a cada dia diante das circunstâncias que nos convocam a enfrentar e torná-la vivível. E assim foi essa experiência de pesquisa.

Experiência essa na concepção de Larrosa (2002), o que nos faz tocar, o que nos mobiliza e afeta e acontece na relação com o outro e na relação entre o conhecimento e a vida. Portanto, a experiência no percurso desta pesquisa desta tese foi especialmente pela produção de um caminho diferente de pesquisar-escrever e a produção desse conhecimento carregado de encontros pulsantes. Algo

que transborda as prescrições do que é ser uma doutoranda pesquisadora, algo que está marcado no corpo pelo “real da atividade” nos diversos gêneros que constituem a nossa existência. Também potencializador, pois, a cada encontro que tinha com as profissionais da Visat, fortalecia a crença na empreitada inicial da proposta desta pesquisa nesse campo de construção aberto, que é o da vigilância em saúde do trabalhador. Não tinha pensado na dimensão da força dessa proposta para aquele grupo, realmente “jamais pensei” nos caminhos desbravados e vivenciados no transcorrer desta trilha.

A proposta da tese foi focalizar a formação em situação de trabalho com as profissionais que atuam na vigilância em saúde do trabalhador, no sentido de colocar em análise o modo de operar na atividade na vigilância, na tentativa de alargar os olhares e produzir inflexão nos modos de trabalhar nessa prática de saúde potencializando vidas. Na proposição de investigar a atividade na vigilância em saúde do trabalhador e acompanhar os processos formativos engendrados nessa atividade, busquei a interlocução com o referencial teórico-metodológico da clínica da atividade que foi uma trilha (dispositivo) usada como estratégia e que possibilitou impulsionar os passos e assim desbravar caminhos oscilantes dessa trilha e persistir nos compassos e descompassos e nos entrecos que permitiram uma intervenção na área da saúde do trabalhador por meio de um processo formativo.

O que significou para o grupo de profissionais da Visat o caminho da pesquisa e quais efeitos-pistas obtivemos com esta proposta?

As participantes avaliaram que, ao fazer análise do próprio trabalho, percorreram uma trilha que pouco utilizaram no cotidiano que se abriu em possibilidades, potência no trabalho coletivo que desenvolvem. O percurso nessas redes de conversações e experiências enfatizou esse gênero profissional e acionou pistas para pensar outros modos de exercício nessa atividade e fortalecimento do que se tem de potência nas atividades que realizam. Reafirmaram a relevância desta pesquisa-intervenção e a formação dentro de seu cotidiano de trabalho.

De alguma forma, por tudo que vivemos aqui, eu sinto a gente mais forte, coesos. Lembra-se do primeiro encontro? Era só lamentação.

Depois fomos buscando estratégias para enfrentar as saídas da situação de sofrimento.

A gente fala tanto da saúde dos trabalhadores e não falamos do nosso trabalho, do trabalho da gente. Esse momento possibilitou-nos falar da gente e de como é o trabalho da gente e nos fortalecer enquanto grupo.

Hoje estamos mais leves, tranquilas, com direcionamento claro para novas ações e intervenções. Também mais críticas. Se olharmos, nossa, quanta coisa foi definida no nosso trabalho.

Esse trabalho nos fortaleceu. Ajudou a pensar sobre nós enquanto protagonista de uma história. A da saúde do trabalhador no Espírito Santo e do Cerest-ES.

Um outro ponto positivo é a aproximação com a academia. Durante um tempo (anos atrás) tivemos isso aqui. Uma professora da Psicologia (Ufes), mas terminou. Essa ligação é muito boa para a gente e mostra a importância do nosso trabalho e de novas aprendizagens (PROFISSIONAIS DA VISAT)..

Ao longo das rodas, várias estratégias de intervenção no processo de trabalho na vigilância foram colocadas e apresentavam alguns efeitos advindos desse percurso, assim compondo as seguintes considerações:

Já conseguimos pactuar uma agenda de trabalho para estudar. Definimos que dois dias por mês vamos nos dedicar para estudar.

A garantia de um espaço comum para a produção do relatório de inspeção e o entendimento dessa atividade como importante. A gente sempre tem que recorrer à literatura.

Fizemos a solicitação de equipamentos para o nosso trabalho, pois hoje falta máquina fotográfica e equipamento de proteção individual (EPI) para as vistorias.

Definimos em reunião que uma profissional diminuirá a sua agenda de atendimento individual e gerenciará os dados do sistema de informação do (Sinan), considerando que essa profissional tem formação na área de epidemiologia.

Nós, desse grupo, estamos falando a mesma língua. Na última reunião que tivemos, nada foi combinado, mas coincidiu que as nossas falas se convergiam e sintonizam para essas mudanças e espaços de conquistas.

Essa experiência de estudar a clínica da atividade, analisar o que a gente faz deu-nos o insigth para pensar o nosso trabalho. Ajudou-nos a ter mais clareza de quanta coisa fazemos e o quanto somos importantes nesse serviço de saúde. Ajudou-nos a sistematizar o que fazemos e o que podemos melhorar tanto para nos e também para o serviço. Nos fortaleceu enquanto grupo e nos uniu (PROFISSIONAIS DA VISAT).

Aproveitar essas pistas-resultados implica reforçar a premissa de ampliar a formação para além da aquisição de conhecimentos em relação à visão hegemônica dos processos formativos e fortalecer a premissa de que o trabalho é um campo precioso de formação; fazer dialogar as diferentes concepções, conceitos, intervenções que tensionam o campo da educação, da saúde, na perspectiva do trabalho como espaço de formação permanente, concepções que envolvem os saberes formais e os tensionados nos campos subjetivos da experiência situada posta no cotidiano do trabalho e vida.

O desafio agora é poder aproveitar as pistas que foram criadas no processo para ampliar o campo de ação na educação e na saúde coletiva, especialmente em relação ao fortalecimento de políticas voltadas à formação pelo trabalho, para que se torne um movimento efetivo nos espaços de trabalho e também na relevância das análises dos processos de trabalho como instrumento de formação e transformação.

Visibilizar esse “patrimônio” histórico, social, coletivo em constante estilização, denominado gênero profissional vigilantes em saúde do trabalhador, é reafirmar a importância dessa prática na consolidação da política de saúde do trabalhador, composta de muitos desafios e que ainda se constitui no saber-fazer cotidiano dessa atividade.

O referencial da clínica da atividade se apresenta como um arcabouço teórico e metodológico de potencial uso na composição com outros instrumentos de ação na atividade de vigilância em saúde do trabalhador, resgatando, inclusive, a participação do trabalhador como analista do trabalho e procurando estratégias de tornar o trabalho vivível e de promover a saúde. Transformar a organização do trabalho é cuidar do trabalho, é uma abordagem de ação. É criar situações e procurar meios que transformem os trabalhadores em sujeitos da situação,

fazendo-os protagonistas desse processo em constante mutação. Portanto, é um referencial que traz fortalecimento à atividade de vigilância em saúde do trabalhador. É um aporte conceitual que atua com sinergia às políticas de formação voltada a saúde do trabalhador.

Tecer bons encontros e criar meios de viver-trabalhar também constituiu os processos de formação. Discutir o trabalho e fazer análise da atividade de trabalho na Visat foi uma estratégia importante na ampliação do poder de agir no qual apostamos no início da tese como forma de ampliar os olhares e produzir o protagonismo dos trabalhadores nesse percurso.

A efetivação de um processo de formação que coloca em análise a atividade de trabalho no sentido de viabilizar a narrativa da própria história e das relações vividas por essas profissionais, trazendo à tona suas experiências na vigilância, bem como a articulação com o material de estudo no diálogo em roda, problematizando a sua prática, foram momentos de bons encontros e uma aposta ético-política. Vivenciamos e nos situamos numa relação compartilhada de um mundo que só existe nas relações experimentadas e que só pode se expressar nas marcas de um corpo e na história de um gênero profissional em processo formativo discutindo a sua atividade.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, I. M. et al. Vigilância e prevenção de acidentes do trabalho: reflexões e práticas do SIVAT Piracicaba/SP. In: CORRÊA, M.J. M; PINHEIRO, T. M. M; MERLO, A.R. C. (Org.). **Vigilância em saúde do trabalhador no sistema único de saúde**: teorias e práticas. Belo Horizonte: Coopmed, 2013. p. 181-210.

ALVES, N. Currículos e pesquisas com os cotidianos. In: FERRAÇO, C. E; CARVALHO, J.M. (Org.). **Currículos, pesquisas, conhecimentos e produção de subjetividades**. Petrópolis/Vitória: DP et Alii/NUPEC/UFES, 2012.

ALVES, N.; HOUSSEY, J. Conversas. **Teias**, Rio de Janeiro, ano 11, n. 21, p. 1-9, jan./abr. 2010.

ALVES, R. B. Vigilância em saúde do trabalhador e promoção da saúde: aproximações possíveis e desafios. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 319-322, jan./fev. 2003.

AMADOR, F. S. **Entre prisões da imagem, imagens da prisão**: um dispositivo tecno-poético para uma clínica do trabalho. 2009. Tese (Doutorado em Informática na Educação) - Programa de Pós-Graduação em Informática na Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

ARAÚJO. M. D. de. Formação de recursos humanos para a área de saúde do trabalhador. In: BORGES, L. H.; MOULIN, M. das B.; ARAÚJO, M. D. de. (Org.). **Organização do trabalho e saúde**: múltiplas relações. Vitória: Edufes, 2001. p. 373-83.

BARROS, D. L. P. de. Dialogismo, polifonia e enunciação. In: BARROS, D. L. P. de.; FIORIN, J. L. (Org.). **Dialogismo, polifonia, intertextualidade**. 2. ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2003. p. 1-9.

BARROS, M. E. B. de. Desafios ético-políticos para a formação dos profissionais de saúde: transdisciplinaridade e integralidade. In: PINHEIRO, R; CECCIN, R. B; MATTOS, R. A. **Ensinar saúde**: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/Abrasco, 2005. p. 131-150.

BARROS, M. E. B. de. Formação de professores/as e os desafios para a (re)invenção da escola. In: FERRAÇO, C. E. (Org.). **Cotidiano escolar, formação de professores(as) e currículo**. São Paulo: Cortez, 2005. p. 68-93.

BARROS, M. E. B. de. **Uma vida profissional**: como manter no peito uma estrela dançante? Vitória: Saberes Instituto de Ensino, 2012.

BARROS, M. E. B. de; BENEVIDES DE BARROS, R. A potência formativa do trabalho em equipe no campo da saúde. In: PINHEIRO, R; BARROS, M. E. B. de; MATTOS, R. A. **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade**: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/BRASCO, 2007. p. 75-84.

BARROS, M. E. B. de; HECKERT, A. L. C.; MARGOTO, L. (Org.). **Trabalho e saúde do professor**: cartografias no percurso. Belo Horizonte: Autêntica, 2008.

BENDASSOLLI, P. F.; SOBOL, L. A. Introdução as clínicas do trabalho: aportes teóricos, pressupostos e aplicações In: BENDASSOLLI, P. F.; SOBOL, L. A. (Org.). **Clínica do trabalho**: novas perspectivas para compreensão do trabalho na atualidade. São Paulo: Atlas, 2011. p. 3-21.

BENEVIDES DE BARROS, R. Clínica e social: polaridade que se opõem, complementam ou falsa dicotomia. In: RAUTER, C; PASSOS, E; BENEVIDES DE BARROS, R. (Org.). **Clínica e política**: subjetividade e violação dos direitos humanos. Rio de Janeiro: Te Corá/Instituto Franco Baságlia, 2002. p. 123-140.

BONALDI, C. **Cachaça, suores, amores, deuses que dançam e processo de formação em saúde**. 2010. 144f. Tese (Doutorado em Educação) - Programa de Pós Graduação em Educação, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2010.

BORGES, J. L.; FERRARI, O. **Sobre a filosofia e outros diálogos**. São Paulo: Hucitec. 2009.

BOURGUINHON, D. R. et al. A construção do centro de referência em saúde do trabalhador: a experiência do Espírito Santo. In: BORGES, L. H.; MOULIN, M. G. B.; ARAÚJO, M. D. (Org.). **Organização do trabalho e saúde**: múltiplas relações. Vitória: Edufes, 2001. p. 363-371.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição [da] República Federativa do Brasil**. 1988. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/constiuição/constituição.htm>. Acesso em: 27 out. 2011. [Art. 196 ao art. 200].

BRASIL. Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe 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 União**. Poder Executivo, Brasília, 20 set, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.908, de 30 de outubro de 1998. Dispõe sobre a Norma Operacional de Saúde do Trabalhador (Renast) no SUS e dá outras providências. In: Ministério da Saúde. **Legislação em saúde: cadernos de legislação em saúde do trabalhador**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 3.120, de 1º de julho de 1998. Aprova a instrução normativa de vigilância em saúde do trabalhador no SUS. **Diário Oficial da União**. Poder Executivo, Brasília, 14 jul. 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Doenças relacionadas ao trabalho**: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de Saúde. **Caderno 5**. Brasília: MS, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.679, de 20 de setembro de 2002. Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast), evidenciada durante a sua implantação. **Diário Oficial da União**. Poder Executivo, Brasília, 21 set. de 2002. Disponível em: <http://dtr2001.saúde.gov.br/sas/PORTARIAS/Port_2002/Gm/GM-1679.htm>. Acesso em: 27 out. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Documento-base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a política de educação permanente em saúde como estratégia do SUS para o

desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Poder Executivo, Brasília, 15 fev. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 777, de 28 de abril de 2004. Dispõe sobre a notificação compulsória dos agravos relacionadas com o trabalho. In: Ministério da Saúde. **Legislação em saúde**: cadernos de legislação em saúde do trabalhador. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 2.437, 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 SUS e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Poder Executivo, Brasília, 8 dez. 2005 Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port_2005/Gm/GM-2437.htm>. Acesso em: 27 out. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 2.728, de 11 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast) e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Poder Executivo, Brasília, 12 nov. 2009. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_renast_2728.pdf>. Acesso em: 27 out. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 3.252, 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**. Poder Executivo, Brasília, 22 dez. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a política nacional de saúde do trabalhador e da trabalhadora. **Diário Oficial da União**. Poder Executivo, Brasília, 23 agosto de 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/Gm/2012/prt1823_23_08_2012.htm>. Acesso em: 27 out. 2013.

CAMPOS, G. W. de S. **Saúde paidéia**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

CAMPOS, G. W.de S.; CUNHA, G. T.; FIGEIREDO, M. D. **Práxis e formação paideia**: apoio e cogestão em saúde. São Paulo: Hucitec, 2013. p.108-116.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2007.

CARDOSO, I. M. Rodas de educação permanente na atenção básica de saúde: analisando contribuição. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 21, supl. 1, p. 18-28, 2012.

CARVALHO, Y. M.; CECCIM, R. B. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: CAMPOS et al. (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2012. p.137-170.

CASTRO, H. A. A vigilância do amianto no Brasil. In: CORRÊA, M. J. M.; PINHEIRO, T. M. M.; MERLO, A. R. C. (Org.). **Vigilância em saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde**: teorias e práticas. Belo Horizonte: Coopmed, 2013. p. 211-236.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **PHYSIS Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface Comunicação, Saúde e Educação**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 16, p. 167-177, set. 2004/fev. 2005.

CLOT, Y. Ivar Oddone: os instrumentos de ação. Tradução de Milton Athayde e Claudia Osório da Silva. **Les territoires du travail**, Marseille, n. 3, p. 33-42, maio 1999.

CLOT, Y. **A formação pela análise do trabalho**: por uma terceira via em maneiras de agir, maneiras de pensar em formação. Tradução de Claudia Osório da Silva, Kátia Santorum e Suyanna Barker. Paris: CNAM, 2000.

CLOT, Y. Clínica da atividade e repetição. Tradução de Claudia Osório da Silva. **Cliniques Méditerranéennes**, n. 66, 2002.

CLOT, Y. **A função psicológica do trabalho**. Petrópolis: Vozes, 2006.

CLOT, Y. **Trabalho e poder de agir**. Tradução de Guilherme João de Freitas Teixeira e Marlene Machado Zica Viana- Belo Horizonte: Fabrefactum, 2010a.

CLOT, Y. A psicologia do trabalho na França e a perspectiva da clínica da atividade. Tradução de Neide Ruffeill e Cláudia Osório da Silva. **Fractal Revista de Psicologia**, v. 22, n. 1, p. 207-234, jan./abr. 2010b.

CLOT, Y. Clínica do trabalho e clínica da atividade. In: BENDASSOLLI, P. F.; SOBOL, L. A. (Org.). **Clínica do trabalho: novas perspectivas para compreensão do trabalho na atualidade**. São Paulo: Atlas, 2011. p. 71-83.

CORREIA, M. J. et al. A vigilância epidemiológica em saúde do trabalhador no SUS: um desafio, a organização e a integralidade da atenção. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE: **3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador**, 2005. p. 86-91.

COSTA, D. F. et al. **Programa de saúde do trabalhador: a experiência da zona norte - uma alternativa de saúde pública**. São Paulo: Hucitec, 1989.

COSTA, E. A. A vigilância sanitária e a saúde do consumidor. In: ROUQUAYROL, M, Z. **Epidemiologia e saúde**. 4. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1993. p.443-454.

COSTA, N. R. **Lutas urbanas e controle sanitário: origem das políticas de saúde no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1985.

CUNHA, A. C. **Dicionário etimológico da língua portuguesa**. 4. ed. Rio de Janeiro: Faperj, 2010.

CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

DADALTO, C. F. et al. O vídeo produzindo encontros e confrontos para uma clínica da atividade docente. In: ROSEMBERG, D. S.; RONCHI-FILHO, J.; BARROS, M. E. B. (Org.). **Trabalho docente e poder de agir: clínica da atividade, devires e análises**- Vitória: Edufes, 2011. p. 99-114.

DAVINI, M. C. **Enfoques, problemas e perspectivas na educação permanente dos recursos humanos de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

DEJOURS, C. **Psicodinâmica do trabalho**: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 1994.

DEJOURS, C. **A banalização da injustiça social**. Tradução de Luiz Alberto Monjardim. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 1999.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. 5 ed. São Paulo: Cortez, 2008.

DELEUZE, G. O que é um dispositivo? In: DELEUZE, G. **Michel Foucault, filósofo**. Tradução de Wanderson Flor Nascimento. Barcelona: Gedisa, 1990. p. 155-161.

DIAS, E, C. **Atenção à saúde dos trabalhadores no setor saúde (SUS), no Brasil**: realidade, fantasia ou utopia? 1994. 335f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1994.

DIAS, E., C. et al. Desenvolvimento de ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da rede nacional de atenção integral à saúde do trabalhador (Renast). G. In: MACHADO, J. M. H. et al. **Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011. p.107-122.

DIAS, E., C.; HOEFEL, M. G. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da Renast. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 4, p. 817-28, out./dez. 2005.

DREYFUS, H; RABINOW. P. **Michel Foucault**: uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica. 2. ed. Rio de janeiro: Florense Universitária, 2010.

DURRIVE, L.; SCHWARTZ, Y. Glossário de ergologia. **Laboreal**, v. 4, n. 1, p. 23-28, 2008.

ENSP/FIOCRUZ. **Relatório de VI Encontro de Centros Formadores e de Escolas de Saúde Pública/Coletiva**, realizado no período de 3 a 5 de junho de 2009. Rio de janeiro: Ensp/Fiocruz, 2009.

FERNANDES, C. P. **Histórias do trabalho em um restaurante universitário: entre conversas, painelas e temperos**. 2011. Dissertação (Mestrado em Psicologia Institucional) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2011.

FERRAÇO, C. E. Pesquisa com o cotidiano. **Educação & Sociedade**, Campinas, v. 28, n. 98, p. 73-95, jan./abr. 2007.

FINKELMAN, J. (Org.). **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

FONSECA, T. M. G. Contracapa. In: PASSOS, E; KASTRUP, V; ESCÓSSIA L, de (Org.). **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividades**. Porto Alegre: Sulina, 2009.

FOUCAULT, M. **A Hermenêutica do sujeito: curso dado no Collège de France (1981-1982)**. Tradução Márcio Alves da Fonseca e Salma Tannus Muchail. 3 ed. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2010.

FOUCAULT, M. A política da saúde no século XVIII. In:_____. **Ditos & Escritos VII: arte, epistemologia e história da medicina**. Rio de Janeiro: Florense Universitária, 2011. p. 257-373.

FOUCAULT, M. O cuidado com a verdade. In: _____. **Ditos & Escritos V. Ética, sexualidade, política**. 3. ed. Rio de Janeiro: Florense Universitária, 2012. p. 234-245.

FOUCAULT, M. poder e saber. In:_____. **Ditos & Escritos IV: estratégia, poder-saber**. 3. ed. Rio de Janeiro: Florense Universitária, 2012. p. 217-235.

FRANCO, T., B.; CHAGAS, R. C.; FRANCO, C. M. Educação permanente como prática. In: PINTO, S. et al. (Org.). **Tecendo redes: os planos da educação, cuidado e gestão na construção do SUS**. São Paulo: Hucutec, 2012. p. 63-114.

FREIRE, P. **Educação e mudança**. 31. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2008.

FREITAS, C. M. A vigilância da saúde para a promoção da saúde. In: CZERESNIA, D; FREITAS, C. M. **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. p.145-164.

GADOTTI, M. **A educação contra a educação**. 5. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1994.

GALEANO, E. Transcrição de um trecho da entrevista de Eduardo Galeano a Eric Nepomuceno. **Programa sangue latino**. Rede Brasil (2009). Produção Urca filmes. Disponível em: <<http://canalbrasil.globo.com/programas/sangue-latino/>>. Acesso em: 29 nov. 2012.

GOHN, M.G. **O protagonismo da sociedade civil**: movimentos sociais, ONGs e redes solidárias. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

HECKERT, A. L.; NEVES, C. A. B. Modos de formar e modos de intervir: quando a formação se faz potência de produção do coletivo. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. **Cadernos Humanizausus**: Política Nacional de Humanização. Brasília: MS, 2010. p.14-27.

HENRIQUES, C. M. P. Vigilância sanitária e saúde do trabalhador. In: COSTA, D. F. et al. **Programa de saúde do trabalhador**: a experiência da zona norte: uma alternativa de saúde pública. São Paulo: Hucitec, 1989. p. 349-357.

LACAZ, F. A. C. **Saúde do trabalhador**: um estudo sobre as formações discursivas da academia, dos serviços e do movimento sindical. 1996. Tese (Doutorado em Medicina) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1996.

LACAZ, F. A. C. Saúde dos trabalhadores: cenários e desafios. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.13, supl. 2, p. 7-19, 1997.

LACAZ, F. A. C.; MACHADO, J. M. H.; PORTO, M. F. S. **Relatório final do projeto Estudo da situação e tendências da vigilância em saúde do trabalhador no Brasil**. Rio de Janeiro: Opas/Abrasco, set. 2002.

LACAZ, F. A. C. O campo saúde do trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 4, p. 757-766, 2007.

LARROSA, J. A arte da conversa. In: SKLIAR, C. **Pedagogia (improvável) da diferença e se o outro não estivesse aí?** Tradução de Giane Lessa. Rio de Janeiro: DP&A, 2003. p. 2012-13.

LAURELL, A. C.; NORIEGA, M. **Processo de produção e saúde: o desgaste operário.** São Paulo: Hucitec, 1989.

LEÃO, L. H. C.; VASCONCELLOS, L. C. F. de. Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast): uma rede que não enreda. In: VASCONCELLOS, L. C. F. de; BARROS, M. H. de. **Saúde, trabalho e direito: uma trajetória crítica e a crítica de uma trajetória.** Rio de Janeiro: Educam, 2011. p. 453-489.

LHUILIER, D. Filiações teóricas das clínicas do trabalho. In: BENDASSOLLI, P.F; SOBOL, L. A. (Org.). **Clínica do trabalho: novas perspectivas para compreensão do trabalho na atualidade.** São Paulo: Atlas, 2011. p. 22-58.

LIMA, M. E. A. Abordagens clínicas e saúde mental no trabalho. In: BENDASSOLLI, P. F.; SOBOL, L. A. (Org.). **Clínica do trabalho: novas perspectivas para compreensão do trabalho na atualidade.** São Paulo: Atlas, 2011. p. 227-257.

LISPECTOR, C. **Uma aprendizagem ou o livro dos prazeres.** Rio de Janeiro: Digital Source, 1998.

LOPES, S. R. S. et al. Potencialidades da educação permanente para a transformação das práticas de saúde. **Com. Ciências Saúde**, v. 18, n. 2, p. 147-155, 2007

LORAU, R. **Analista institucional em tempo integral.** São Paulo: Hucitec, 2004.

LOURENÇO, E. A. S.; BERTANI, I. F. A saúde do trabalhador no SUS: desafios e perspectivas frente à precarização do trabalho. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 32, n. 115, p. 121-134, 2007.

MACHADO, J. M. H. O processo de vigilância em saúde do trabalhador. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n.13 (supl 2), p. 33-45, 1997.

MACHADO, J. M. H. Perspectiva e pressupostos da vigilância em saúde do trabalhador no Brasil. In: MACHADO, J. M. H.; INAYO-GOMES, C.; MACHADO, J. M. H.; PENA, P. G. **Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 67-85.

MACHADO, J. M. H. Vigilância em saúde do trabalhador na indústria naval: o caso do Rio de Janeiro, de 1988-1996. In: CORRÊA, M. J. M.; PINHEIRO, T. M. M.; MERLO, A. R. C. (Org.). **Vigilância em saúde do trabalhador no sistema único de saúde: teorias e práticas**. Belo Horizonte: Coopmed, 2013. p. 237-265.

MAENO, M.; CARMO, J. C. do. **Saúde do trabalhador no SUS: aprender com o passado, trabalhar o presente, construir o futuro**. São Paulo: Hucitec, 2005.

MARX, K. **O capital: crítica a economia política**. 17. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.

MATTEDI, A. P. V. et al. Cartografando gênero e estilos: nas bordas da atividade. In: ROSEMBERG, D. S.; RONCHI-FILHO, J.; BARROS, M. E. B (Org.). **Trabalho docente e poder de agir: clínica da atividade, devires e análises**. Vitória: EDUFES, 2011. P. 51-80.

MATTOS, U. A. O.; FREITAS, N. B. Mapa de risco no Brasil: limitações da aplicabilidade de um modelo operário. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 251-258, abr./jun. 1994.

MENDES, R.; DIAS, E. C. Da medicina do trabalho a saúde do trabalhador. **Revista de Saúde Pública**, v. 25, n. 5, p. 341-345, 1991.

MENOSSEI, M. J. et al. A interdisciplinaridade: um instrumento para a construção de um modelo assistencial fundamentado na promoção da saúde. **Revista de Enfermagem da UERJ**. Rio de Janeiro, n. 13, p. 252-256, 2005.

MERHY, E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. **Interface Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, n. 16, p.174-174, set. 2004/fev. 2005.

MERHY, E. Vera si no ato de cuidar. In: CAPOZZOLO, A. A. et al. **Clínica comum: itinerários de uma formação** São Paulo. Hucitec, 2013a. p. 248-265.

MERHY, E.; FRANCO, T. B. Reestruturação produtiva e transição tecnológica na saúde: debate necessário para a compreensão do processo de “financeirização” do mercado na saúde. In: FRANCO, T. B.; MERHRY, E. E. (Org.). **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade**. São Paulo: Hucitec, 2013b. p. 109-148.

MINAYO-GOMES, C.; THEDIM-COSTA, S. M. F. A construção do campo da saúde do trabalhador: percursos e dilemas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 13, supl. 2, p. 21-32, 1997.

MINAYO-GOMES, C.; MACHADO, J. M. H.; PENA, P. G. **Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011.

MINAYO-GOMES, C. Editorial. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n.11, n. 2013.

ODDONE. I. et al. **Ambiente de trabalho: a luta dos trabalhadores pela saúde**. São Paulo: Hucitec. 1986.

OLIVEIRA, S. S. et al. Vigilância em saúde do trabalhador da saúde. In: MACHADO, J. H.; ASSUNÇÃO, A. A. (Org.). **Panorama da saúde dos trabalhadores da saúde**. Belo Horizonte: UFMG/Faculdade de Medicina, 2012. p. 7-27.

OSÓRIO DA SILVA, C. **Vida de hospital: a produção de uma metodologia para o desenvolvimento da saúde do profissional de saúde**. 2002. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Centro de Estudos em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana, Rio de Janeiro, 2002.

OSÓRIO DA SILVA, C. **Psicologia e políticas públicas no mundo do trabalho: as ações de saúde do trabalhador como dispositivo de intervenção nas relações de**

trabalho. Trabalho apresentado no 4º Encontro Regional de Psicologia Social: Psicologia e Saúde: desafios às políticas públicas no Brasil. Vitória:Ufes, 2005.

OSÓRIO DA SILVA, C. As ações de saúde do trabalhador como dispositivo de intervenção nas relações de trabalho. In: ROSA, E. M.; NOVO, H. A.; BARROS, M. E. B. de; MOREIRA, M. I. B. **Psicologia e saúde**: desafios às políticas públicas no Brasil. Vitória: Edufes, 2007. p.75-90.

OSÓRIO DA SILVA, C. Trabalho e perspectivas clínicas. Trabalho apresentado no XI Colóquio Internacional de Psicossociologia e Sociologia Clínica. **Anais...** Belo Horizonte, 2007.

OSÓRIO DA SILVA, C.; BARROS, M. E. B; LOUZADA, A. P. Clínica da atividade: dos conceitos às apropriações no Brasil. In: BENDASSOLLI, P. F.; SOBOL, L. A. (Org.). **Clínica do trabalho**: novas perspectivas para compreensão do trabalho na atualidade. São Paulo: Atlas, 2011. p. 189-207.

OSÓRIO DA SILVA, C. Experimentando a fotografia como ferramenta de análise da atividade de trabalho. **Informática na educação**: teoria & prática. Porto Alegre, v. 13, n. 1, p. 41-49, jan./jun. 2012.

PACHECO, A. B. **Homens e mulheres do mármore e do granito**: entre cores e ritmos. 2010. Dissertação (Mestrado em Psicologia Institucional) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2010.

PAIM, J. S. **Desafios para a saúde coletiva para o século XXI**. Salvador: EDFBA, 2006.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. **A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva**. Salvador: Casa de Qualidade, 2000.

PAIVA, M. J.; VASCONCELLOS, L. C. F. de. Modelo operário italiano: o surgimento no campo da saúde do trabalhador. In: VASCONCELLOS, L. C. F. de; BARROS, M. H. de. **Saúde, trabalho e direito**: uma trajetória crítica e a crítica de uma trajetória. Rio de Janeiro: Educam, 2011. p. 423-452.

PASSOS, E.; BENEVIDES DE BARROS, R. A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. **Revista Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 16, n. 1, jan./abr. 2000.

PASSOS, E.; BENEVIDES DE BARROS, R. Clínica e política na experiência do contemporâneo. **Revista Psicologia Clínica**, v. 13, n. 1, p. 89-99, 2001.

PASSOS, E.; BENEVIDES DE BARROS, R. A cartografia como método de pesquisa-intervenção. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA L. de.(Org.). **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividades**. Porto Alegre: Sulina, 2009. p.17-31.

PINHEIRO, T. M. M. **Vigilância em saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde: a vigilância do conflito e o conflito da vigilância**. 1986. 189 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade de Campinas, Campinas, 1986.

RAMMINGER, T; ATHAYDE, M; BRITO. J. Ampliando o diálogo entre trabalhadores e profissionais de pesquisa: alguns métodos de pesquisa-intervenção para o campo da saúde do trabalhador. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 11, p. 191-202, nov. 2013.

REVEL, J. **Dicionário Foucault**. Tradução de Anderson Alexandre da Silva. Rio de Janeiro: Florence Universitária, 2011.

ROCHA, M. L.; AGUIAR, K. F. Pesquisa-intervenção e a produção de novas análises. **Revista Psicologia, Ciência e Profissão do CFP**, n. 4, ano 23, p. 59-71, 2003.

ROSAS, E. J. Maior credibilidade foi meta da vigilância. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n. 19, p. 9-11, 1989.

ROSEMBERG, D. **O trabalho docente universitário em análise do ponto de vista da atividade: tessituras de vidas de uma universidade federal brasileira**. 2011. Tese (Doutorado em Educação). Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2011.

ROSEMBERG, D. S.; RONCHI-FILHO, J.; BARROS, M. E. B. (Org.). **Trabalho docente e poder de agir**: clínica da atividade, devires e análises. Vitória: Edufes, 2011.

ROUQUAYROL, M. Z. Contribuição da epidemiologia. In: CAMPOS et al. (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2012. p. 319-373.

SANTORUM, K. M. T. **Pelas fendas do trabalho vivo**: textos, contextos e ato na atividade de vigilância em saúde do trabalhador. 2006. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2006.

SANTORUM, K. M. T. et al. Análise coletiva da atividade de vigilância em saúde do trabalhador: a autoconfrontação cruzada como dispositivo de formação. **Reflexão e Ação**, Unisc, v. 16, p. 77-96, 2008.

SANTOS, A. P. **Entre o imediatismo e o planejamento**: o desafio da construção da vigilância em saúde do trabalhador no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador no Espírito Santo. 2001. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2001.

SCHWARTZ, Y. A experiência é formadora? **Educação & Realidade**, v. 35, n. 1, p. 35-48, jan./abr. 2010.

SCHWARTZ, Y.; DURRIVE, L. (Org.). **Trabalho & ergologia**: conversas sobre a atividade humana. Coordenação da tradução e revisão técnica Jussara Brito e Milton Athayde. 2 ed. Niterói: Eduff, 2010.

SKAMVETSAKIS, A. et al. Vigilância ao trabalho infantil em rede: a experiência do Cerest/Vales. In: CORRÊA, M. J. M.; PINHEIRO, T. M. M.; MERLO, A. R. C. (Org.). **Vigilância em saúde do trabalhador no sistema único de saúde**: teorias e práticas. Belo Horizonte: Coopmed, 2013. p. 321-346.

SMAHA, I. N.; CARLOTO, C. M. **Educação permanente**: da pedagogia para saúde. 2010. Disponível em: <www.estudosdotrabalho.org/anais-vii-7-seminario-trabalho-ret-

2010/india_nara_smaha_cassia_maria_carloto_educacao_permanente_da_pedagogia_para_a_saude.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2012.

SODRÉ, F. **O campo político da saúde do trabalhador**. 2002. 133f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2002.

STROSCHEIN, K. A.; ZOCICHE, D. A. A. Educação permanente nos serviços de saúde: um estudo sobre as experiências realizadas no Brasil. **Trab. Educ. Saúde**. Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 505-519, nov. 2011/fev. 2012.

TEIGER, C. El trabajo, esse oscuro objeto da La ergonomia. CASTILLO, J.; VILLENA, J. (Org.). **Ergonomia: conceptos y métodos**. Madri: Editorial Complutense, 1998. p. 141-162.

TEIXEIRA, D. V. **Experimentações em clínica da atividade**: cartografias na escola. 2008. Dissertação (Mestrado em Psicologia Institucional) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2008.

TEIXEIRA, R. R. Acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversação. In: PENHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/ABRASCO, 2003. p. 89-111.

TEIXEIRA, R.R. **As redes de trabalho afetivo e a contribuição da saúde para a emergência de uma outra concepção de público**. Disponível em: <www.corposem.org/rizoma/redeafetiva.htm>. Acesso em: 15 mar. 2013.

VASCONCELLOS, L. C. F.; ALMEIDA, C. V. B de; GUEDES, D. T. Vigilância em saúde do trabalhador: passos para uma pedagogia. **Trabalho, Educação, Saúde**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 445-462, nov. 2009/fev. 2010.

VASCONCELLOS, L. C. F. de; BARROS, M. H. de. **Saúde, trabalho e direito**: uma trajetória crítica e a crítica de uma trajetória. Rio de Janeiro: Educam, 2011.

VASCONCELLOS, L. C. F. de; RIBEIRO, F. S. A construção e a institucionalização da saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde. In: VASCONCELLOS, L. C.

F. de; BARROS, M. H. de. **Saúde, trabalho e direito**: uma trajetória crítica e a crítica de uma trajetória. Rio de Janeiro: Educam, 2011. p. 423-452.

VASCONCELLOS, L. C. F.; MACHADO, J. M. Política nacional de saúde do trabalhador: ampliação do objeto em direção a uma política de estado. In: MINAYO GOMES, C. et al. (Org.). **Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 37-66.

VASCONCELLOS, L. C. F. **Saúde, trabalho, justiça**: poemas longos e curtos/ ensaios e tentativas. Rio de Janeiro: Editora Repoarte, 2013.

VIEIRA, M. A. Autoconfrontação e análise da atividade. In: FIGUEIREDO, M. et al. (Org.). **Labirintos do trabalho**: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo. Rio de Janeiro: DP&A, 2004. p. 214-237.

WALDMAN, E. A. Vigilância como prática de saúde pública. In: CAMPOS et al. (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2012. p. 487-528.

ZACCUR, E. Metodologias abertas a iterâncias, interações e errâncias cotidianas. In: GARCIA, R. L. (Org.)._____ **Método**: pesquisa com o cotidiano. Rio de Janeiro: DP&A, 2003. p.177-198.

ZAMBONI, J. **Uma esquizoanálise da atividade dos motoristas de ônibus do transporte urbano através do corpo-imagem**. 2011. Dissertação (Mestrado em Psicologia Institucional) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2011.

APÊNDICES

APÊNDICE A – CARTA À COORDENAÇÃO DO CEREST

À Coordenação do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador

Sr^a Coordenadora,

Eu, Luzimar dos Santos Luciano, aluna do curso de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal do Espírito Santo (PPGE-Ufes) e orientada pela Prof^a Dr^a Maria Elizabeth Barros de Barros, manifesto o meu interesse de realizar uma pesquisa com os profissionais que atuam nesse centro de referência, intitulada “Clínica do trabalho e atividade na formação na área de saúde do trabalhador”, para fins de elaboração de tese de Doutorado.

O Doutorado em Educação do PPGE-Ufes, de acordo com a sua proposta curricular, constitui um espaço para a reflexão, crítica, questionamentos, debates construtivos das questões e problemas educacionais, visando à produção de novos conhecimentos. Oportuniza, de forma contínua, o aprofundamento e revisão de saberes, bem como o desenvolvimento da autonomia e curiosidade científica.

Considerando a minha trajetória profissional tanto no serviço como na universidade e associando a minha função como discente nesse programa de pós-graduação, tenho como proposta dar continuidade a um estudo com a produção de pesquisa que versa sobre a saúde do trabalhador, articulando conhecimentos das ciências da Educação e Saúde. Desse modo, acredito na contribuição que esta pesquisa proporcionará à área da saúde do trabalhador.

Nesse sentido, segue em anexo todo o detalhamento da proposta inicial da pesquisa que pretendo desenvolver (projeto) e me coloco à disposição para qualquer esclarecimento que se fizer necessário.

Atenciosamente,

Luzimar dos Santos Luciano
Doutoranda em Educação/ PPGE-Ufes
e-mail: ldluciano@uol.com.br
tel.8883-9690

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Trata-se de envolvimento com a pesquisa que resultará em tese de Doutorado de Luzimar dos Santos Luciano, orientanda da professora Maria Elizabeth Barros de Barros, no Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes), que tem como tema: **Clínica do trabalho e da atividade na formação na área de saúde do trabalhador.**

O estudo está sendo encaminhado em conformidade com o prescrito na Resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde.

Fui informado(a) de que serei esclarecido(a) diante de qualquer dúvida, antes da produção das informações utilizadas na pesquisa, como: gravação das falas, produção de textos e/ou imagens escolhidas como dispositivos metodológicos da pesquisa mencionada;

A minha participação não me trará nenhum tipo de risco moral, social, físico e/ou psicológico e nem me submeterá a nenhum desconforto, preconceito, discriminação ou desigualdade social, pois o que estará em foco durante as discussões no grupo será o trabalho na vigilância em saúde do trabalhador.

Os dados produzidos nesta pesquisa serão utilizados apenas para fins científicos, bem como não serei remunerado por minha participação, não havendo assim qualquer forma de ressarcimento.

Ciente dessas considerações, eu _____,
RG _____, autorizo o uso de minhas falas, produção textual única e exclusivamente, para composição de material de discussão no grupo da pesquisa que tem como objeto a formação na vigilância em saúde do trabalhador, utilizando como referência a clínica do trabalho/clínica da atividade.

Vitória, ____ de _____ de 2012.

Participante da Pesquisa

ANEXOS



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

Vitória-ES, 4 de abril de 2012

De: Prof. Dr. Aduino Emmerich Oliveira

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde

Para: Prof (a) Maria Elizabeth Barros de Barros

Pesquisador Responsável pelo Projeto de Pesquisa intitulado: "**Clínica do trabalho e atividade na formação na área de saúde do trabalhador**".

Senhor (a) Pesquisador(a).

Informamos a Vossa Senhoria, que o Comitê de Ética em pesquisa do centro de ciências da saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, após analisar o Projeto de Pesquisa nº 018/12 intitulado **Clínica do trabalho e atividade na formação na área de saúde do trabalhador** e o **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, cumprindo os procedimentos internos desta instituição, bem como as exigências das resoluções 196 de 10.10.96, 252 de 07.08.97 e 292 de 08.07.99, **APROVOU** o referido projeto, em Reunião Ordinária realizada em 28 de março de 2012.

Lembramos que, cabe ao pesquisador responsável elaborar e apresentar os relatórios parciais e finais de acordo com a resolução do Conselho Nacional de Saúde nº196 de 10/10/96, inciso IX.2. letra "c".

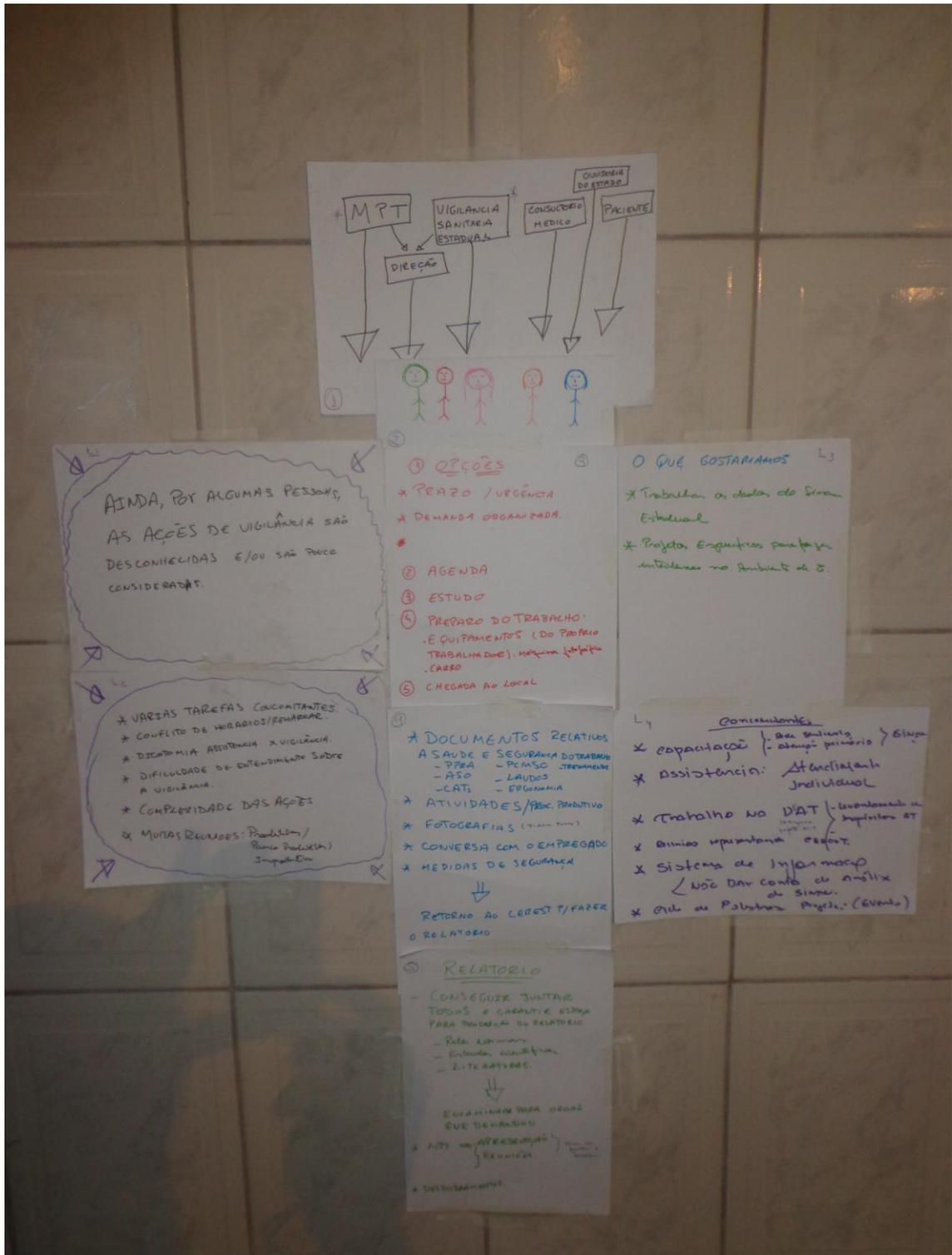
Atenciosamente,

Aduino Emmerich Oliveira

Coordenador do
Comitê de Ética em Pesquisa
CEPIUFES

ANEXO B – ESQUEMA DESCRITIVO DA NÁLISE DA ATIVIDADE DA VISAT

A



Anexo C – Portaria nº. 3.120, de 1º de julho de 1998

Portaria n.º 3.120, de 1º de Julho de 1998¹ Gabinete do Ministro

O Ministro de estado da saúde, no uso da atribuição que lhe confere o art. 87, inciso II, da Constituição Federal, tendo em vista o disposto em seu art. 200, inciso II, combinado com os preceitos da Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, e

considerando que as determinações contidas na NOB-SUS 01/96 incluem a Saúde do Trabalhador como campo de atuação da atenção à saúde,

considerando as determinações contidas na Resolução n.º 220, de 6 de março de 1997, do Conselho Nacional de Saúde, e na Instrução Normativa n.º 01/97, de 15 de maio de 1997, do Ministério da Saúde, resolve:

Art. 1º 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;

Art. 2º Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação.

José serra

Anexo

I – Apresentação

O avanço gradual, quantitativo e qualitativo da institucionalização das práticas de Saúde do Trabalhador, no setor saúde em todo o Brasil, reflete a consolidação da área como objeto indiscutível da saúde pública. E, por assim dizer, objeto, também, das políticas públicas direcionadas, em todos os níveis do Sistema Único de Saúde (SUS), para a prevenção dos agravos à saúde da população trabalhadora.

O conjunto de elementos deflagradores do avanço institucional, em relação à questão da Saúde do Trabalhador no SUS, compõe-se do aspecto legislativo, calcado na Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, e em diversas Constituições Estaduais e Municipais, na luta pela saúde desenvolvida pelos trabalhadores e suas organizações sindicais, passando pelo crescente comprometimento dos técnicos, ao nível dos serviços e universidades.

A presente Instrução Normativa pretende, de uma forma sucinta, fornecer subsídios básicos para o desenvolvimento de ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Parte do pressuposto que o sistema de saúde, embora deva ser preservado nas suas particularidades regionais que impliquem um respeito as diversas culturas e características populacionais, por ser único, também deve manter linhas mestras de atuação, especialmente pela necessidade de se compatibilizarem instrumentos, bancos de informações e intercâmbio de experiências.

¹ Republicada por Ter saído com incorreção, do original, no D.º de 2.07.98, Seção 1, pág. 36\ (of. n 78/98)

As recomendações aqui apresentadas são fruto de alguns anos de discussão acumulada e extraída de diversas experiências de vigilância em saúde do trabalhador, em vários estados e municípios de todo o País.

Trata-se de uma primeira aproximação normativa não só com os Programas Estaduais e Municipais de Saúde do Trabalhador, já instalados e em fase de instalação, mas também com as estruturas de atenção à saúde das Secretarias Estaduais e Municipais, especialmente nas áreas de Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária e fiscalização Sanitária.

A possibilidade de traduzir a capacidade institucional do setor saúde em instâncias efetoras de mudança dos perfis de morbidade e mortalidade, resultantes da relação trabalho-ambiente-consumo e saúde, pressupõe um comprometimento das estruturas de atenção à saúde, em especial as de vigilância e fiscalização em saúde.

O objetivo da Instrução Normativa é, em suma, de poder instrumentalizar minimamente os setores responsáveis pela vigilância e defesa da saúde, nas Secretarias de Estados e Municípios, de forma a incorporarem em suas práticas mecanismos de análise e intervenção sobre os processos e os ambientes de trabalho.

A abordagem de vigilância em saúde do trabalhador, considerada na Instrução Normativa, implica a superação dos limites conceituais e institucionais, tradicionalmente estruturados nos serviços de saúde, das ações dissociadas de vigilância epidemiológica e sanitária.

Além disso, nas ações de vigilância e fiscalização sanitária, propriamente ditas, implica-se transpor o objeto usual – o produto/consumidor – de forma a considerar, igualmente, como objeto, o processo/trabalhador/ambiente.

Dessa forma, a vigilância em saúde do trabalhador calca-se no modelo epidemiológico de pesquisa dos agravos, nos diversos níveis da relação entre o trabalho e a saúde, agregando ao universo da avaliação e análise a capacidade imediata da intervenção sobre os fatores determinantes dos danos à saúde.

Devido a sua concepção mais abrangente de saúde, relacionada ao processo de produção capaz de lidar com a diversidade, a complexidade e o surgimento de novas formas de adoecer, a vigilância em saúde do trabalhador ultrapassa o aspecto normativo tratado pela fiscalização tradicional.

Em razão dessas implicações, a vigilância em saúde do trabalhador pressupõe uma rede de articulações que passa, fundamentalmente, pelos trabalhadores e suas organizações, pela área de pesquisa e formação de recursos humanos e pelas áreas de assistência e reabilitação.

Finalmente, levando-se em consideração o fato de ser uma área ainda em construção dentro do SUS, pretende-se que essa Instrução Normativa possa ser aprimorada, com a maior brevidade, uma vez utilizado pela rede de serviços, assim como se constitui na primeira

de uma série de publicações normativas e orientadoras, relacionadas a temas específicos em saúde do trabalhador.

2. Conceituação básica

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.

A Vigilância em Saúde do Trabalhador compõe um conjunto de práticas sanitárias, articuladas supra-setorialmente, cuja especificidade está centrada na relação da saúde com o ambiente e os processos de trabalho e nesta com a assistência, calcado nos princípios da vigilância em saúde, para a melhoria das condições de vida e saúde da população.

A Vigilância em Saúde do Trabalhador não constitui uma área desvinculada e independente da vigilância em saúde como um todo mas, ao contrário, pretende acrescentar ao conjunto de ações da vigilância em saúde estratégias de produção de conhecimentos e mecanismos de intervenção sobre os processos de produção, aproximando os diversos objetos comuns das práticas sanitárias àqueles oriundos da relação entre o trabalho e a saúde.

3. Princípios

A Vigilância em Saúde do Trabalhador pauta-se nos princípios do Sistema Único de Saúde, em consonância com os Sistemas Nacionais de Vigilância Sanitária e de Vigilância Epidemiológica, articulada com a área assistencial.

Além disso, tendo em vista a complexidade e a abrangência do objeto da vigilância, guarda peculiaridades que transpõem os limites setoriais da saúde, implicando a ampliação de sua abordagem.

Como princípios, esquematicamente, pode-se considerar:

3.1. – **Universalidade:** todos os trabalhadores, 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, autônomo, doméstico, aposentado ou demitido são objeto e sujeitos da Vigilância em Saúde do Trabalhador.

3.2. – **Integralidade das ações:** o entendimento de atenção integral à saúde do trabalhador, compreendendo a assistência e recuperação dos agravos, os aspectos preventivos implicando intervenção sobre seus fatores determinantes em nível dos processos de trabalho e a promoção da saúde que implicam ações articuladas com os próprios trabalhadores e suas representações. A ênfase deve ser dirigida ao fato de que as ações

individuais/curativas articulam-se com as ações coletivas, no âmbito da vigilância, considerando que os agravos à saúde do trabalhador são absolutamente preveníveis.

3.3. – **Pluriinstitucionalidade:** articulação, com formação de redes e sistemas, entre as instâncias de vigilância em saúde do trabalhador e os centros de assistência e reabilitação, as universidades e centros de pesquisa e as instituições públicas com responsabilidade na área de saúde do trabalhador, consumo e ambiente.

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, no seu acompanhamento e avaliação e no controle da aplicação dos recursos.

3.5. – **Hierarquização e descentralização:** consolidação do papel do município e dos distritos sanitários como instância efetiva de desenvolvimento das ações de vigilância em saúde do trabalhador, integrando os níveis estadual e nacional do Sistema Único de Saúde, no espectro da ação, em função de sua complexidade.

3.6. – **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 operário, necessários para o desenvolvimento da ação.

3.7. – **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.

3.8. – **O caráter transformador:** a intervenção sobre os fatores determinantes e condicionantes dos problemas de saúde relacionados aos processos e ambientes de trabalho com o entendimento de que a vigilância em saúde do trabalhador, sob a lógica do controle social e da transparência das ações, pode Ter na intervenção um caráter proponente de mudanças dos processos de trabalho, a partir das análises tecnológica, ergonômica, organizacional e ambiental efetuadas pelo coletivo de instituições, sindicatos, trabalhadores e empresas, inclusive, superando a própria legislação.

4. Objetivos

De forma esquemática pode-se dizer que a vigilância em saúde do trabalhador tem como objetivos:

a – conhecer a realidade de saúde da população trabalhadora, independentemente da forma de inserção no mercado de trabalho e do vínculo trabalhista estabelecido, considerando:

a1 – a caracterização de sua forma de adoecer e morrer em função da sua relação com o processo de trabalho;

a2 – o levantamento histórico dos perfis de morbidade e mortalidade em função da sua relação com o processo de trabalho;

a3 – a avaliação do processo, do ambiente e das condições em que o trabalho se realiza, identificando os riscos e cargas de trabalho a que está sujeita, nos seus aspectos tecnológicos, ergonômicos e organizacionais já conhecidos;

a4 – a pesquisa e a análise de novas e ainda desconhecidas formas de adoecer e morrer em decorrência do trabalho;

b – intervir nos fatores determinantes de agravos à saúde da população trabalhadora, visando eliminá-los ou, na sua impossibilidade, atenuá-los e controlá-los, considerando:

b1. – a fiscalização do processo, do ambiente e das condições em que o trabalho se realiza, fazendo cumprir, com rigor, as normas e legislações existentes, nacionais ou mesmo internacionais, quando relacionadas à promoção da saúde do trabalhador;

b2. – a negociação coletiva em saúde do trabalhador, além dos preceitos legais estabelecidos, quando se impuser a transformação do processo, do ambiente e das condições em que o trabalho se realiza, não prevista normativamente;

c. – avaliar o impacto das medidas adotadas para a eliminação, atenuação e controle dos fatores determinantes e agravos à saúde, considerando:

c1. – a possibilidade de transformar os perfis de morbidade e mortalidade;

c2. – o aprimoramento contínuo da qualidade de vida no trabalho;

d. – subsidiar a tomada de decisões dos órgãos competentes, nas três esferas de governo, considerando:

d1. – o estabelecimento de políticas públicas, contemplando a relação entre o trabalho e a saúde no campo de abrangência da vigilância em saúde;

d2. – a interveniência, junto às instâncias do Estado e da sociedade, para o aprimoramento das normas legais existentes e para a criação de novas normas legais em defesa da saúde dos trabalhadores;

d3. – o planejamento das ações e o estabelecimento de suas estratégias;

d4. – a participação na estruturação de serviços de atenção à saúde dos trabalhadores;

d5. – a participação na formação, capacitação e treinamento de recursos humanos com interesse na área;

e. – estabelecer sistemas de informação em saúde do trabalhador, junto às estruturas existentes no setor saúde, considerando:

e1. – a criação de bases de dados comportando todas as informações oriundas do processo de vigilância e incorporando as informações tradicionais já existentes;

e2. – a divulgação sistemática das informações analisadas e consolidadas.

5. Estratégias

A vigilância em saúde do trabalhador, como um conjunto de práticas sanitárias contínuas, calcada, entre outros princípios, na interdisciplinaridade, em pluriinstitucionalidade, no controle social, balizada na configuração do Sistema Único de Saúde, e tendo como imagem-objetivo a melhoria da qualidade de vida no trabalho, pressupõe o estabelecimento de estratégias operacionais para alcançá-la.

Embora cada Estado, Região ou Município, guardadas suas características, deve buscar a melhor forma de estabelecer suas próprias estratégias de vigilância, alguns pressupostos podem ser considerados como aplicáveis ao conjunto do SUS. Dentre os passos que podem ser estabelecidos na estratégia de operacionalização das ações, buscando manter uma lógica seqüencial de consolidação da vigilância, pode-se destacar:

5.1. – Onde já existam estruturas, estaduais e municipais, de saúde do trabalhador – Programas, coordenações, Divisões, Gerências, Centros, Núcleos – promover e/ou aprofundar a relação institucional com as estruturas de Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária e Fiscalização Sanitária, buscando a superação da dicotomia existente em suas práticas, em que o objeto de ação da vigilância, em geral, não contempla o processo de produção e sua relação com a saúde dos trabalhadores. Com este intuito, recomenda-se a constituição de equipes multiprofissionais para a execução de ações interdisciplinares e pluriinstitucionais.

5.2. – Recomenda-se a criação de comissão, na forma colegiada, com a participação de trabalhadores, suas organizações sindicais e instituições públicas com responsabilidades em saúde do trabalhador, vinculada organicamente ao SUS e subordinada aos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, com a finalidade de assessorá-lo na definição de políticas, no estabelecimento de diretrizes e prioridades, e no acompanhamento e avaliação da execução das ações de saúde do trabalhador.

5.3. – Dada a abrangência e as dificuldades operacionais de se implementarem, simultaneamente, ações de vigilância em todos os ambientes de trabalho, em um dado município ou região, faz-se necessário o planejamento dessas ações com o estabelecimento de prioridades, visando a intervenções de impacto, com efeitos educativos e disciplinadores sobre o setor. Para tanto, recomenda-se a adoção de alguns critérios como:

- Base Sindical: Uma vez que um determinado sindicato de trabalhadores, com alguma tradição de luta pela saúde identifique e encaminhe situações-problema, junto à estrutura de vigilância, desencadeia-se uma ação integrada que visa atuar não apenas na empresa denunciada, mas nas principais empresas abrangidas por aquela categoria de trabalhadores. O investimento da ação nesta base deve considerar a capacidade de reprodutividade, a partir do sindicato em questão e para o movimento sindical como um todo, numa dada região.
- Ramo Produtivo: Consiste na atuação em todas as empresas com o mesmo perfil produtivo, capaz de se constituir em fonte de risco para a saúde, preponderantes numa dada região, independente da capacidade de mobilização dos sindicatos envolvidos. A utilização deste critério pode se dar por avaliação epidemiológica dos casos notificados, denúncias sucessivas ou análise dos processos produtivos. O investimento da ação, neste caso, visa à mudança dos processos de forma integrada, sem a punição de uma empresa em particular, mas intervindo em todas as empresas daquele setor e, em especial, nas que apresentam grande concentração de trabalhadores, sempre buscando a atuação conjunta com os sindicatos das categorias expostas.
- Território: Consiste na intervenção por varredura, em pequena área geográfica previamente delimitada (setor censitário, distrito de saúde, bairro, distrito industrial, etc.) de todos os processos produtivos capazes de gerar dano à saúde. O investimento da ação, neste caso visa abranger todos os trabalhadores, ao longo do tempo, a despeito de sua forma de inserção no mercado de trabalho e seu vínculo de emprego, a partir da elaboração de mapas dos processos produtivos, de modo a estabelecer um perfil de risco à saúde dos trabalhadores.
- Epidemiológico (evento-sentinela): Consiste na intervenção nas empresas, a partir de agravos a saúde dos trabalhadores que podem representar um problema coletivo, ainda não detectado, e mesmo um problema epidemiológico relevante, mas submerso. A intervenção dirige-se à maior ou às maiores empresas considerando os aspectos potenciais de frequência e/ou gravidade dos eventos-sentinela.

É importante salientar que os critérios acima não obedecem à ordem de hierarquia e tampouco são excludentes, podendo ser utilizados de forma combinada.

5.4. – Como estratégia de consolidação das ações de vigilância em saúde do trabalhador é fundamental que os Estados e os Municípios contemplem o tema na revisão de seus códigos de saúde.

6. Metodologia

Considerando os objetivos da vigilância em saúde do trabalhador – conhecer a realidade para transformá-la, buscando um aprimoramento da qualidade de vida no trabalho

– é necessário que se adotem metodologias capazes de estabelecer um diagnóstico situacional, dentro do princípio da pesquisa-intervenção, e capazes, ainda, de avaliar de modo permanente os seus resultados no sentido das mudanças pretendidas.

Nesta linha, podem-se observar alguns pressupostos de caráter metodológico, compreendendo:

6.1. – Fase preparatória

Uma vez identificada a demanda, com base nas estratégias relacionadas, o planejamento da ação pressupõe uma fase preparatória, em que a equipe busca conhecer, com o maior aprofundamento possível, o(s) processo(s), o ambiente e as condições de trabalho do local onde será realizada a ação.

A preparação deve se efetuar por meio de análise conjunta com os trabalhadores da(s) empresa(s) – objeto da vigilância e dos representantes sindicais daquela(s) categoria(s), tendo por Objetivo não só aprofundar o conhecimento sobre o objeto da vigilância, através de seu saber operário mas, principalmente, traçar estratégias de desenvolvimento da ação.

Deve-se lançar mão, ainda nesta fase, de consulta bibliográfica especializada e das informações locais disponíveis acerca do caso em questão.

6.2 – A intervenção (inspeção/fiscalização sanitária)

A intervenção, realizada em conjunto com os representantes dos trabalhadores, de outras instituições, e sob a responsabilidade administrativa da equipe da Secretaria Estadual e/ou Municipal de Saúde, deverá considerar, na inspeção sanitária em saúde do trabalhador, a observância das normas e legislações que regulamentam a relação entre o trabalho e a saúde, de qualquer origem, especialmente na esfera da saúde, do trabalho, da previdência, do meio ambiente e das internacionais ratificadas pelo Brasil.

Além disso, é preciso considerar os aspectos passíveis de causar dano à saúde, mesmo que não estejam previstos nas legislações, considerando-se não só a observação direta por parte da equipe de situações de risco à saúde como, também, as questões subjetivas referidas pelos trabalhadores na relação de sua saúde com o trabalho realizado.

Os instrumentos administrativos de registro da ação, de exigências e outras medidas são os mesmos utilizados pelas áreas de Vigilância/Fiscalização Sanitária, tais como os Termos de Visita, Notificação, Intimação, Auto de Infração etc.

6.3 – Análise dos processos

Uma forma importante de considerar a capacidade potencial de adoecer no processo, no ambiente ou em decorrências das condições em que o trabalho se realiza è utilizar instrumentos que inventariem o processo produtivo e a sua forma de organização. Os instrumentos metodológicos, a ser estabelecidos no âmbito do SUS, devem ser entregues no ato da inspeção, para serem preenchidos pela empresa, e o **Roteiro de Vigilância**, construído e aplicado pela equipe, no momento da ação, é outra forma de conhecer os processos.

6.4 – Inquéritos

Como proposta metodológica de investigação, no mesmo tempo da intervenção, podem-se organizar inquéritos, por meio da equipe interdisciplinar e de representantes sindicais e/ou dos trabalhadores, aplicando questionários ao conjunto dos trabalhadores, contemplando a sua percepção da relação entre trabalho e saúde, a morbidade referida (sinais e sintomas objetivos e subjetivos), a vivência com o acidente e o quase acidente de trabalho (incidente crítico), consigo e com os companheiros, e suas sugestões para a transformação do processo, do ambiente e das condições em que o trabalho se realiza.

6.5 – Mapeamento de riscos

Podem-se utilizar algumas técnicas de mapeamento de riscos dos processos produtivos, de forma gradualmente mais complexa, à medida que a intervenção se consolide e as mudanças vão ocorrendo, sempre com a participação dos trabalhadores na sua elaboração.

Uma das técnicas que deve ser utilizada, especialmente em casos de acidentes graves e fatais, è a metodologia da árvore de causas para a investigação dos fatores determinantes do evento, que será objeto de publicação posterior.

Com a concorrência interdisciplinar, na equipe, de profissionais de áreas diversas e à medida que os trabalhadores se apropriem de novos, conhecimentos acerca do tema, aprofunda-se a investigação, por intermédio da utilização de técnicas mais sofisticadas.

È importante mapear, além dos riscos tradicionalmente reconhecidos, as chamadas cargas de trabalho e as formas de desgaste do trabalhador.

6.6 – Estudos epidemiológicos

Os estudos epidemiológicos clássicos, tais como os seccionais, de coorte e caso controle, podem ser aplicados sempre que se identificar sua necessidade, igualmente com a concorrência, na equipe interdisciplinar de técnicos das universidades e centros de pesquisa, como assessores da equipe.

6.7 – Acompanhamento do processo

A intervenção implica a confecção de um relatório detalhado, incorporando o conjunto de informações coletadas, elaborado pela equipe, com a participação dos trabalhadores, servindo como parâmetro de avaliações futuras.

Em razão do ritmo de implementação das medias, avalia-se a necessidade do envolvimento de outras instâncias como, por exemplo, o Ministério Público, com o objetivo de garantir as mudanças requeridas.

Cabe ressaltar que o entendimento da intervenção deve ser o de um processo de acompanhamento e avaliação ao longo do tempo, em que se deve buscar a negociação com as diversas instâncias, objetivando o aprimoramento da qualidade de vida no trabalho.

7. Informações básicas

As informações de interesse para as ações em Saúde do Trabalhador, atualmente disponíveis, limitam-se à avaliação do perfil de morbi-mortalidade da população em geral, sem lograr o conhecimento sistemático dos riscos e o dimensionamento da população trabalhadora a eles exposta, que permitam a análise e a intervenção sobre seus determinante.

É pensando na necessidade de avançar nesse conhecimento para fins de intervenção e prevenção efetiva dos agravos relacionados ao trabalho, que foi definido o elenco de informações aqui a apresentadas, sem perde a perspectiva de ser acrescidas outras de interesse local, regional ou mesmo nacional, à medida que o sistema de informações em saúde do trabalhador se estruture e se consolide.

7.1. – Informações acerca da mortalidade

As informações de mortalidade serão colocadas principalmente a partir da Declaração de Óbito, por intermedio do **Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)**. Cada Município deverá investir na melhoria da qualidade do dados da Declaração de Óbito e, sempre que possível que possível, cruzar com outras informações disponíveis, principalmente a **Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT)**, da Previdência Social.

7.2. - informações acerca da morbidade

As informações de morbidade podem ser obtidas de diversas fontes, tais como a **Ficha Individual de Notificação de Agravos** referente as doenças incluídas no **Sistema de Notificação de Agravos Notificáveis (SINAN)**, a **Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT)**, normalmente utilizada para os trabalhadores do mercado formal de trabalho, regido pela Consolidação das Lei trabalhistas (CLT), as **fichas, prontuários e outro** oriundo dos atendimentos ambulatoriais (SAI/SUS) e de internações (SIH/SUS) na rede de serviços de saúde.

Os Estados e os Municípios poderão definir eventos-sentinela a ser notificados, incluindo-os no SINAN. Essa definição deverá Ter por referência a análise do parque produtivo. A análise dos eventos-sentinela constituir-se-a em atividade complementar ao sistema de informações, particularmente neste momento em que o diagnóstico de doenças é muito reduzido. Observar, por exemplo, excessos de mortes ou morbidade por alguns tipos de canceres ou de achados laborariais (leucopenias, anemias) que possam estar ocorrendo em grupos específicos de trabalhadores.

7.3. – Informações relativas às atividade e aos processos produtivos.

Essas informações deverão ser obtidas à medida que os Estados e Município executem e implantem as ações de vigilância.

Consideram-se, neste caso, **Cadastro de Estabelecimentos, Relatórios de Inspeção, Termos de Notificação e fichas de vigilância.**

Outras informações, utilizando os bancos de dados da RAI e do IBGE, também poderão ser incorporadas, deverão ser desagregadas, por Município, para que possam ser adequadas aos níveis locais.

Outras fontes de informação que deverão ser utilizadas, à medida que o sistema se capacite para tal, são as dos serviços médicos e segurança e higiene industrial de empresa, do Anexo 1 da CIPA (Norma Regulamentadora n.º 5, Portaria n 3.214/ 78, MTb), dos sindicatos, das associações patronais, dos serviços/institutos de medicina lega, de associações e entidades civis (associações de moradores, grupos ecológicos, culturais), de outros órgãos da administração pública (DETRAN, secretárias de proteção ambiental, de indústria e comércio, do trabalho, etc.). Devem ser considerados ainda estudos epidemiológicos e resultados de pesquisa de interesse da área de saúde do trabalhador, como fonte de informações.

Um maior detalhamento acerca da criação de bancos de dados e adequação das informações em saúde do trabalhador aos Sistemas de Informação existentes, considerando, entre outros, a coleta, o fluxo, o processamento, a análise e a divulgação das informações, será efetuado em publicação posterior.

Os Estados e os Municípios poderão acrescentar outras informações e metodologias que julgarem pertinentes, inclusive sugerindo sua incorporação em âmbito nacional nas publicações subseqüentes.

8. – Considerações finais

A construção do Sistema Único de Saúde pressupõe um esforço permanente na afirmação de seus princípios e na ampliação das redes solidárias institucionais com a sociedade organizada.

Dentro do SUS, a área de saúde do trabalhador emerge como um desafio a mais, no sentido de se proverem os meios necessários para atender com primazia o que, a partir de 1988, com a constituição Federal, passou a ser atribuição precípua das Secretarias de Estados e Municípios a Vigilância em Saúde do Trabalhador.

É preciso considerar, contudo, as dificuldades inerentes ao sistema de saúde, cujas práticas tradicionais, de há muito enraizadas, não dispõem de mecanismos ágeis de adequação às novas necessidades, determinadas pela lei, e mesmo, ansiadas pela sociedade.

Com este intuito, a Instrução Normativa de vigilância em Saúde do Trabalhador pretende ser um instrumento capaz de ser um móvel de sensibilização e de ampliação das redes solidárias de construção da área específica e do próprio Sistema Único de Saúde.

Nesta perspectiva, pretende-se, ainda, com esta Instrução Normativa, iniciar uma série de publicações temáticas afins, entre as quais destacam as questões dos **Agrotóxicos**, dos **Sistemas de Informação**, da **Investigação de Acidentes** de acidentes de Trabalho, das Intoxicações por metais Pesados, dos Agravos de Caráter ergonômico, das Pneumopatias de Origem Ocupacional.

Anexo D – Portaria nº. 1.679/ 2002

Portaria n.º 1679/GM Em 19 de setembro de 2002.

Dispõe sobre a estruturação da rede nacional de atenção integral à saúde do trabalhador no SUS e dá outras providências.

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições legais,

Considerando o disposto no artigo 198 da Constituição Federal de 1988, os preceitos da Lei Orgânica de Saúde 8080/90, a Portaria GM/MS Nº 3.120, de 1º de julho de 1998, a Portaria GM/MS Nº1.339, de 18 de novembro de 1999, e a Portaria GM/MS Nº 3908, de 30 de outubro de 1998 – Norma Operacional em Saúde do Trabalhador;

Considerando a necessidade de articular, no âmbito do SUS, ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde dos trabalhadores urbanos e rurais, independentemente do vínculo empregatício e tipo de inserção no mercado de trabalho;

Considerando o Decreto Nº 4229 da Presidência da República, de 13 de maio de 2002, que dispõe sobre o Programa Nacional de Direitos Humanos, incluindo a garantia do direito ao trabalho, à saúde e à previdência e assistência social, e

Considerando que a atenção integral à saúde do trabalhador, com suas especificidades, deve ser objeto de todos os serviços de saúde, consoante com os princípios do SUS, da equidade, integralidade e universalidade, resolve:

Art. 1º Instituir, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – RENAST, a ser desenvolvida de forma articulada entre o Ministério da Saúde, as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

Parágrafo único - Deverá ser constituída, no âmbito do Ministério da Saúde, a Comissão Nacional de Implantação e de Acompanhamento da RENAST, composta por integrantes das Assessorias Técnicas de Saúde do Trabalhador, da Secretaria de Assistência à Saúde e Secretaria de Políticas de Saúde e órgãos vinculados ao Ministério da Saúde.

Art. 2º Orientar as Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal no sentido de elaborarem o Plano Estadual de Saúde do Trabalhador, conformando a rede estadual de atenção integral à saúde do trabalhador, em consonância com as diretrizes da Norma Operacional de Assistência à Saúde –NOAS-SUS 01/2002: a regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade, a criação de mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS e a atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios.

Parágrafo único. As diretrizes para a elaboração do Plano Estadual de Saúde do Trabalhador estão definidas no Anexo I desta Portaria.

Art.3º Definir que, para a estruturação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador, serão organizadas e implantadas:

- I. Ações na rede de Atenção Básica e no Programa de Saúde da Família (PSF).
- II. Rede de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CRST)
- III. Ações na rede assistencial de média e alta complexidade do SUS.

Art.4º Definir que as Equipes da Atenção Básica e do Programa de Saúde da Família serão capacitadas para a execução de ações em saúde do trabalhador, cujas atribuições serão estabelecidas em ato específico da Secretaria de Políticas de Saúde – SPS/MS.

Art.5º Estabelecer que as Secretarias de Saúde Estaduais e do Distrito Federal e as Secretarias Municipais de Saúde definirão, de forma pactuada e de acordo com o Plano Diretor de Regionalização, os serviços ambulatoriais e hospitalares envolvidos na implementação de ações em saúde do trabalhador, cujas atribuições devem estar em concordância com as diretrizes do Plano Estadual de Saúde do Trabalhador, definidas no Anexo I desta Portaria.

Art.6º Estabelecer 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.

Parágrafo único. Os CRST Estaduais e Regionais deverão estar integrados entre si e com as referências em saúde do trabalhador desenvolvidas na rede ambulatorial e hospitalar, compatibilizando um Sistema de Informação Integrado, a implementação conjunta dos Projetos Estruturadores, a execução do Projeto de Capacitação, a elaboração de material institucional e comunicação permanente, de modo a constituir um sistema em rede nacional.

Art.7º Definir que o controle social da RENAST – por meio da participação das organizações de trabalhadores urbanos e rurais - se dará por intermédio das instâncias de controle social do SUS, conforme estabelecido na legislação vigente.

Art.8º Definir que, considerado o estágio atual de desenvolvimento do processo de regionalização do SUS, a diversidade das características populacionais, as diferenças regionais quanto aos riscos presentes nos processos de produção e o respectivo perfil epidemiológico, deverão ser implantados, no período de 2002/2004, 130 Centros de Referência em Saúde do Trabalhador.

Parágrafo único. Os Centros de Referência Estaduais, em número de 27, localizados em cada capital dos respectivos Estados e do Distrito Federal e os Centros de Referência Regionais, em número de 103, localizados nos municípios-pólo, sedes de regionais de saúde do trabalhador, definidos no Plano Estadual de Saúde do Trabalhador, serão ainda classificados de acordo com o seu porte, em modalidades diferenciadas, obedecendo à seguinte distribuição quantitativa, conforme se mostra na Tabela 1 e 2 do Anexo III desta Portaria:

Centro Estadual a - (8) - capitais com até 500 mil habitantes

Centro Estadual b - (7) - capitais com até 1 milhão de habitantes.
Centro Estadual c - (12) - capitais com mais de 1 milhão de habitantes.
Centro Regional a - (51) - região com até 700.000 mil habitantes
Centro Regional b - (40) - região com até 1,8 milhões de habitantes.
Centro Regional c - (12) - região com mais de 1,8 milhões de habitantes

Art. 9º Estabelecer que os CRST existentes, assim como os novos, serão cadastrados e habilitados, de acordo com Normas estabelecidas em ato específico da Secretaria de Assistência à Saúde/SAS/MS.

Parágrafo único. Os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador existentes deverão, no Plano Estadual de Saúde do Trabalhador, apresentar o cronograma de adaptação ao estabelecido nesta Portaria.

Art.10. Determinar a implantação, no biênio 2002/2003, de 27 Centros de Referência Estaduais, localizados nas capitais dos Estados e do Distrito Federal e 33 Centros de Referência Regionais de maior porte, localizados nas regiões metropolitanas e naquelas regiões com maior concentração de trabalhadores, conforme a Tabela 3 do Anexo III desta Portaria.

§ 1º Serão alocados recursos financeiros adicionais da ordem de R\$ 18.440.000,00, previstos no orçamento do Ministério da Saúde, para o custeio das atividades de execução do estabelecido neste Artigo.

§ 2º Este valor será repassado, em duodécimos mensais, fundo a fundo ou para conta específica, aos estados, municípios e ao Distrito Federal, na mesma forma e cronograma utilizados nas transferências a estados e municípios em gestão plena do sistema, e no caso dos estados não habilitados, serão acrescidos aos respectivos limites financeiros, de acordo com o abaixo descrito:

Centro Estadual a: Valor Mensal de R\$ 20.000,00

Centro Estadual b: Valor Mensal de R\$ 30.000,00

Centro Estadual c: Valor Mensal de R\$ 40.000,00

Centro Regional b: Valor Mensal de R\$ 14.000,00

Centro Regional c: Valor Mensal de R\$ 20.000,00

Art. 11. Definir que, até o final de 2004, serão implantados os demais 70 CRST Regionais, classificados segundo as diferenças regionais e o contingente populacional da região de saúde envolvida, em duas modalidades, de acordo com a Tabela 4 do Anexo III desta Portaria.

§ 1º Serão alocados recursos financeiros adicionais da ordem de R\$ 22.080.000,00, previstos no orçamento do Ministério da Saúde, para o custeio das atividades de execução do estabelecido neste Artigo.

§2º Este valor será repassado, em duodécimos mensais, fundo a fundo ou para conta

específica, aos estados, municípios e ao Distrito Federal, na mesma forma e cronograma utilizados nas transferências a estados e municípios em gestão plena do sistema, e no caso dos estados não habilitados, serão acrescidos aos respectivos limites financeiros, de acordo com o abaixo descrito:

Centro Regional a: Valor Mensal de R\$ 12.000,00

Centro Regional b: Valor Mensal de R\$ 14.000,00

Art. 12. Definir que os procedimentos realizados pelos CRST sejam informados e notificados por meio do subsistema APAC/SIA, sendo incluídos na relação de procedimentos estratégicos do SUS.

§ 1º Os gestores deverão alimentar, mensalmente, com as respectivas informações, o Banco de Dados Nacional do SIA/SUS.

§ 2º A não alimentação do Banco de Dados Nacional implicará na suspensão dos repasses de recursos financeiros.

Art. 13. Determinar o pagamento de um incentivo adicional, para a adequação dos CRST existentes e para a implantação dos novos, depois de cumpridas as exigências para a habilitação, obedecendo à seguinte disposição:

Centros Regionais a,b,c - (97) - R\$ 20.000,00.

Centros Estaduais a,b - (15) - R\$ 30.000,00.

Centros Estaduais c - (12) - R\$ 50.000,00

Parágrafo único. Ficam alocados recursos adicionais de R\$ 2.990.000,00 para o cumprimento do disposto neste Artigo.

Art. 14. Estabelecer que o custeio dos CRST seja financiado pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC, com recursos novos disponibilizados pelo Ministério da Saúde.

Art. 15. Estabelecer que os recursos orçamentários objeto desta Portaria correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar os seguintes Programas de Trabalho:

10.302.0023.4306 - Atendimento Ambulatorial, Emergencial e Hospitalar em regime de Gestão Plena do Sistema Único de Saúde - SUS.

10.302.0023.4307 - Atendimento Ambulatorial, Emergencial e Hospitalar prestado pela Rede Cadastrada no Sistema Único de Saúde - SUS.

Art. 16. Definir que a inclusão de serviços e procedimentos em saúde do trabalhador no subsistema APAC-SIA será objeto de Portaria específica da Secretaria de Assistência à Saúde/SAS/MS.

Art. 17. Recomendar que as secretarias de saúde dos municípios, estados e do DF adotem as providências necessárias ao cumprimento das normas contidas nesta portaria.

Art. 18. Determinar que a Secretaria de Assistência à Saúde adote as providências necessárias ao cumprimento do disposto nesta Portaria, procedendo a sua respectiva regulamentação.

Art.19. Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação.

BARJAS NEGRI

ANEXO I

DIRETRIZES PARA A ELABORAÇÃO DO PLANO ESTADUAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR

I. O Plano Estadual de Saúde do Trabalhador deverá ser elaborado pela Coordenação, em conjunto com os CRST, articulado com o COSEMS e com a participação das instâncias de controle social do SUS.

II. O Plano deverá apresentar as ações assumidas diretamente por cada Estado, segundo as diretrizes apontadas abaixo. Deverá apresentar o conjunto das ações propostas por cada região/microrregião de saúde, que compõe o PDR ou esboço de regionalização de cada estado, denominados aqui de Planos Regionais de Saúde do Trabalhador, que deverão contemplar as ações em saúde do trabalhador desenvolvidas nos diferentes níveis de atenção - da rede básica à alta complexidade - envolvendo os diferentes gestores municipais e regionais, segundo as diretrizes apresentadas abaixo.

III. O Plano deverá estabelecer a distribuição regionalizada dos CRST, com a indicação das regiões/microrregiões e os municípios-pólo onde estarão sediados.

IV. O Plano deverá conter a indicação, ao nível do Módulo Assistencial, das referências especializadas em saúde do trabalhador.

V. O Plano deverá apresentar a forma como se organiza o controle social do SUS.

Ações de Responsabilidade dos Estados:

- Controle da qualidade das ações em saúde do trabalhador desenvolvidas pelos Municípios, conforme mecanismos de avaliação definidos em conjunto com as Secretarias Municipais de Saúde;

- Definição, em conjunto com os Municípios, de mecanismos de referência e contra-referência, além de outras medidas para assegurar o desenvolvimento de ações de assistência e vigilância;
- Capacitação de recursos humanos para a realização das ações em saúde do trabalhador;
- Estabelecimento de rotinas de sistematização, processamento e análise dos dados sobre saúde do trabalhador, gerados nos Municípios e no seu próprio campo de atuação e, de alimentação regular das bases de dados estaduais e municipais;
- Elaboração do perfil epidemiológico da saúde dos trabalhadores no Estado, a partir de fontes de informação existentes e, se necessário, por intermédio de estudos específicos, com vistas a subsidiar a programação e avaliação das ações de atenção à saúde do trabalhador;
- Prestação de cooperação técnica aos Municípios, para o desenvolvimento das ações em saúde do trabalhador;
- Instituição e manutenção de cadastro atualizado das empresas, classificadas nas atividades econômicas desenvolvidas no Estado, com indicação dos fatores de risco que possam ser gerados para o contingente populacional, direta ou indiretamente a eles expostos;
- Promoção de ações em saúde do trabalhador articuladas com outros setores e instituições que possuem interfaces com a Área, tais como a Previdência Social, Ministério do Trabalho e Emprego, Sindicatos, entre outros;
- Elaborar e dispor regulamentação e os instrumentos de gestão, no âmbito estadual, necessários para a operacionalização da atenção à Saúde do Trabalhador;
- Promoção da pactuação regional das ações de atenção à Saúde do Trabalhador.

Ações de Responsabilidade das Regiões e dos Municípios:

- Garantia do atendimento ao acidentado do trabalho e ao suspeito ou portador de doença profissional ou do trabalho, dentro dos diversos níveis da atenção, tendo a atenção básica e os serviços de urgência/emergência como portas de entrada no sistema, assegurando todas as condições, quando necessário, para o acesso a serviços de referência;
- Implementação da notificação dos agravos à saúde, na rede de atenção do SUS, e os riscos relacionados com o trabalho, alimentando regularmente o sistema de informações dos órgãos e serviços de vigilância, assim como a base de dados de interesse nacional;
- Estabelecimento de rotina de sistematização e análise dos dados gerados na assistência à saúde do trabalhador, de modo a orientar as intervenções de vigilância, a organização das ações em saúde do trabalhador, além de subsidiar os programas de capacitação, de acompanhamento e de avaliação;
- Implementação da emissão de laudos e relatórios circunstanciados sobre os agravos relacionados com o trabalho ou limitações (seqüelas) dele resultantes;
- Criação de mecanismos para o controle da qualidade das ações em saúde do trabalhador desenvolvidas pelos Municípios, conforme procedimentos de avaliação definidos em conjunto com os gestores do SUS;
- Instituição e operacionalização das referências em saúde do trabalhador, capazes de

dar suporte técnico especializado para o estabelecimento da relação do agravo com o trabalho, a confirmação diagnóstica, o tratamento, a recuperação e a reabilitação da saúde;

- Apoio à realização sistemática de ações de vigilância nos ambientes e processos de trabalho, compreendendo o levantamento e análise de informações, a inspeção sanitária nos locais de trabalho, a identificação e avaliação de situações de risco, a elaboração de relatórios, a aplicação de procedimentos administrativos e a investigação epidemiológica;
- Instituição e manutenção do cadastro atualizado de empresas classificadas nas atividades econômicas desenvolvidas no Município, com indicação dos fatores de risco que possam ser gerados para o contingente populacional direta ou indiretamente a eles expostos;
- Promoção de ações em Saúde do Trabalhador articuladas localmente com outros setores e instituições que possuem interfaces com a Área, tais como a Previdência Social, Ministério do Trabalho e Emprego, Sindicatos, entre outros;
- Elaboração e disponibilização da regulamentação e dos instrumentos de gestão, no âmbito regional e municipal, necessários à operacionalização da atenção à Saúde do Trabalhador;
- Pactuação com os gestores regionais e municipais das ações de atenção integral à Saúde do Trabalhador.

ANEXO II

ATRIBUIÇÕES E AÇÕES DESENVOLVIDAS PELOS CENTROS DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR

Os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador devem ser compreendidos como pólos irradiadores, no âmbito de um determinado território, da cultura especializada subentendida na relação processo de trabalho/processo saúde/doença, assumindo a função de suporte técnico e científico, deste campo do conhecimento. Suas atividades só fazem sentido se articuladas aos demais serviços da rede do SUS, orientando-os e fornecendo retaguarda nas suas práticas, de forma que os agravos à saúde relacionados ao trabalho possam ser atendidos em todos os níveis de atenção do SUS, de forma integral e hierarquizada. Em nenhuma hipótese, os CRST poderão assumir atividades que o caracterizem como porta de entrada do sistema de atenção.

Este suporte deve ainda se traduzir pela função de supervisão da rede de serviços do SUS, além de concretizar-se em práticas conjuntas de intervenção especializada, incluindo a vigilância e a formação de recursos humanos.

Estruturação da Assistência de Alta e Média Complexidade:

Os CRST Estaduais e Regionais desempenharão um papel na execução, organização e

estruturação da assistência de média e alta complexidade, relacionados com os problemas e agravos à saúde apresentados abaixo:

- Câncer ocupacional
- Agravos produzidos pelos campos eletromagnéticos
- Problemas de saúde provocados pela radiação ionizante
- Transtornos da auto-imunidade
- Mutagenicidade e teratogenicidade
- Asbestose (exposição ao amianto)
- Problemas relacionados com o trabalho em turnos
- Alterações neuro-fisiológicas relacionadas ao trabalho
- Transtornos mentais condicionados pela organização do trabalho
- Agravos produzidos pela exposição ao calor excessivo
- Agravos provocados pela exposição a agentes biológicos: vírus, bactérias, fungos entre outros.
- Intoxicação crônica por metais pesados
- Exposição crônica aos solventes orgânicos
- Agravos produzidos por agrotóxicos
- Dermatoses ocupacionais
- Efeitos auditivos e não auditivos produzidos pelo ruído
- Pneumoconioses
- LER/DORT

Deve ficar claro que esta relação não contempla o conjunto dos problemas de saúde relacionados ao trabalho. Uma relação mais completa das Doenças Relacionadas ao Trabalho consta da Portaria GM/MS Nº 1339, de 18 de novembro de 1999.

Estruturação do Suporte Técnico e do Processo de Qualificação de Recursos Humanos da rede de serviços do SUS:

Serão criados dois tipos de CRST - os CRST Estaduais e Regionais - definidos por ordem crescente de porte, complexidade e de abrangência populacional. As atribuições destes Centros são distintas, conforme se apresenta abaixo:

CRST Estaduais:

- Desenvolver estudos e pesquisas na área de saúde do trabalhador e do meio ambiente, atuando em conjunto com outras unidades e instituições, públicas ou privadas, de ensino e pesquisa ou que atuem em áreas afins à saúde e ao trabalho.
- Promover programas de formação, especialização e qualificação de recursos humanos na área de saúde do trabalhador.
- Dar suporte técnico para o aperfeiçoamento de práticas assistenciais interdisciplinares em saúde do trabalhador, organizada na forma de projetos de intervenção.
- Propor normas relativas a diagnóstico, tratamento e reabilitação de pacientes portadores de agravos à saúde decorrentes do trabalho; promoção de eventos técnicos, elaboração de protocolos clínicos e manuais.
- Atuar em articulação com os Centros de Vigilância Sanitária e Epidemiológica e com unidades e órgãos afins, nas atividades de normatização relativas à prevenção de agravos à saúde decorrentes do trabalho e de vigilância sanitária e epidemiológica em saúde do trabalhador.
- Promover, em conjunto com os órgãos competentes dos municípios, a definição de critérios de:
 - Avaliação para controle da qualidade das ações de saúde do trabalhador desenvolvidas no âmbito municipal;
 - Referência e contra-referência e outras medidas que assegurem o pleno desenvolvimento das ações de assistência e vigilância em saúde do trabalhador e do meio ambiente;
 - Cooperação técnica para o desenvolvimento das ações e pesquisas em saúde do trabalhador e do meio ambiente;
- Produzir informações para subsidiar proposições de políticas na área de saúde do trabalhador.
- Desenvolver programas de educação em saúde sobre questões da relação saúde-trabalho para a população em geral.
- Promover o intercâmbio técnico-científico com instituições nacionais, internacionais e estrangeiras.
- Em conjunto com os gestores estaduais, coordenar o processo de preparação, organização e operacionalização do Programa Estadual de Qualificação Pessoal em Saúde do

Trabalhador, estabelecido nesta portaria.

- Em conjunto com os gestores estaduais, coordenar o Programa de Acompanhamento e Avaliação da implantação da RENAST.
- Em conjunto com os gestores estaduais, participar do processo de elaboração, implantação e operacionalização do Plano Estadual de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador junto aos municípios, nas diversas regiões do estado.
- Prestar suporte técnico para os municípios executarem a pactuação regional, afim de garantir, em toda a área do estado, o atendimento aos casos de doenças relacionadas ao trabalho.
- Participar, no âmbito de cada estado, do treinamento e capacitação de profissionais relacionados com o desenvolvimento de ações no campo da saúde do trabalhador, em todos os níveis de atenção: Vigilância em Saúde, PSF, Unidades Básicas, Ambulatórios, Pronto-Socorros, Hospitais Gerais e Especializados.

CRST Regionais:

- Suporte técnico especializado para a rede de serviços do SUS efetuar o atendimento, de forma integral e hierarquizada, aos casos suspeitos de Doenças Relacionadas ao Trabalho, para estabelecer a relação causal entre o quadro clínico e o trabalho.
- Suporte técnico especializado para a rede de serviços do SUS efetuar o diagnóstico e o tratamento das Doenças Relacionadas ao Trabalho, o que inclui a realização de exames complementares, podendo incluir vistorias sanitárias aos locais de trabalho.
- Suporte técnico especializado para a rede de serviços do SUS efetuar o registro, notificação e relatórios sobre os casos atendidos e o encaminhamento destas informações aos órgãos competentes visando ações de vigilância e proteção à saúde.
- Suporte técnico às ações de vigilância, de média e alta complexidade, a ambientes de trabalho, de forma integrada às equipes e serviços de vigilância municipal e/ou estadual.
- Retaguarda técnica aos serviços de vigilância epidemiológica para o processamento e análise de indicadores de agravos à saúde relacionados com o trabalho, em sua área de abrangência.
- Ações de promoção à Saúde do Trabalhador, incluindo ações integradas com outros setores e instituições, tais como Ministério do Trabalho, Previdência Social, Ministério Público, entre outros.
- Participar, no âmbito do seu território de abrangência, do treinamento e capacitação de profissionais relacionados com o desenvolvimento de ações no campo da saúde do trabalhador, em todos os níveis de atenção: PSF, Unidades Básicas, Ambulatórios, Pronto-Socorros, Hospitais Gerais e Especializados.

Recursos Humanos dos CRST - Estadual e Regional:

Os recursos humanos dispostos em cada Equipe dos CRST deverão ser dimensionados e pactuados na Comissão Intergestores Bipartite, tendo como parâmetros mínimos de composição, considerando carga horária mínima de 20 horas:

Modalidade	Dimensão da Equipe Mínima	Recursos Humanos Mínimos
CRST Regional a	8	Pelo menos 2 médicos e 1 enfermeiro com formação em saúde do trabalhador, 1 auxiliar de enfermagem, 1 profissional de nível médio (*) e 3 profissionais de nível superior (**).
CRST Regional b	10	Equipe do CRST Regional a + 1 profissional de nível superior, 1 profissionais de nível médio.
CRST Regional c	15	Equipe do CRST Regional b + 2 profissionais de nível superior, 2 profissionais de nível médio.
CRST Estadual a	10	2 médicos e 1 enfermeiro com formação em saúde do trabalhador, 1 auxiliar de enfermagem, 3 profissionais de nível médio, 5 profissionais de nível superior.
CRST Estadual b	15	Equipe do CRST Estadual a + 2 profissionais de nível médio, 2 profissionais de nível superior.
CRST Estadual c	20	Equipe do CRST Estadual b + 2 profissionais de nível médio, 1 profissional de nível superior.

(*) - Profissional de nível médio, com capacitação em saúde do trabalhador: auxiliar de enfermagem, técnico de higiene e segurança do trabalho, auxiliar administrativo, arquivistas.

(**) - Profissional de nível superior, com formação em saúde do trabalhador: médicos generalistas, médico do trabalho, médicos especialistas, sanitaristas, engenheiro, enfermeiro, psicólogo, assistente social, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, sociólogo, ecólogo, biólogo, terapeuta ocupacional, advogado.

ANEXO III

Tabela 1 - DISTRIBUIÇÃO CONSOLIDADA DOS CENTROS DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR – ESTADUAIS E REGIONAIS

Regiões/Estados	População	CRST Regional a	CRST Regional b	CRST Regional c	CRST Estadual a	CRST Estadual b
NORTE	13.504.612	3	1	-	5	-
Rondônia	1.431.776	-	-	-	1	-
Acre	586.945	-	-	-	1	-
Amazonas	2.961.804	-	-	-	-	-
Roraima	346.866	-	-	-	1	-
Amapá	516.514	-	-	-	1	-
Pará	6.453.699	3	1	-	-	-
Tocantins	1.207.008	-	-	-	1	-
NORDESTE	48.845.219	15	3	-	1	5
Maranhão	5.803.283	1	-	-	-	1
Piauí	2.898.191	-	-	-	-	1
Ceará	7.654.540	3	-	-	-	-
R.G. Norte	2.852.800	1	-	-	-	1
Paraíba	3.494.965	1	-	-	-	1
Pernambuco	8.084.722	3	1	-	-	-
Alagoas	2.887.526	-	-	-	-	1
Sergipe	1.846.042	-	-	-	1	-
Bahia	13.323.150	6	2	-	-	-
SUDESTE	74.447.443	20	28	11	1	-
Espírito Santo	3.201.712	3	-	-	1	-
Minas Gerais	18.343.518	7	5	-	-	-
Rio de Janeiro	14.724.479	4	2	4	-	-
São Paulo	38.177.734	6	21	7	-	-
SUL	25.734.111	11	7	1	1	-
Paraná	9.797.965	5	1	-	-	-
Santa Catarina	5.527.718	1	1	-	1	-
R.G.do Sul	10.408.428	5	5	1	-	-
CENTRO-OESTE	12.101.547	3	-	-	-	2
Mato Grosso	2.000.000	1	-	-	-	1
M. G. do Sul	2.140.620	-	-	-	-	1
Goias	7.000.000	2	-	-	-	-
Distrito Federal	2.097.447	-	-	-	-	-

TOTAL	174.632.932	52	39	12	8	7
-------	-------------	----	----	----	---	---

Tabela 2 - DISTRIBUIÇÃO DOS CENTROS ESTADUAIS DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR NAS CAPITALS

Regiões/Estados	Capitais	População	CRST a	CRST b	CRST c	Total
NORTE	-	4.008.915	5	-	2	7
Rondônia	Porto Velho	342.264	1	-	-	1
Acre	Rio Branco	261.430	1	-	-	1
Amazonas	Manaus	1.451.958	-	-	1	1
Roraima	Boa Vista	208.514	1	-	-	1
Amapá	Macapá	295.898	1	-	-	1
Pará	Belém	1.304.314	-	-	1	1
Tocantins	Palmas	144.546	1	-	-	1
NORDESTE	Capitais	10.932.137	1	5	3	9
Maranhão	São Luís	889.129	-	1	-	1
Piauí	Teresina	728.881	-	1	-	1
Ceará	Fortaleza	2.183.612	-	-	1	1
R.G. Norte	Natal	722.144	-	1	-	1
Paraíba	João Pessoa	607.441	-	1	-	1
Pernambuco	Recife	1.437.190	-	-	1	1
Alagoas	Maceió	817.444	-	1	-	1
Sergipe	Aracajú	468.297	1	-	-	1
Bahia	Salvador	2.485.702	-	-	1	1
SUDESTE	Capitais	28.163.324	1	-	3	4
Espírito Santo	Vitória	296.012	1	-	-	1
Minas Gerais	Belo Horizonte	2.258.857	-	-	1	1
Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	5.897.485	-	-	1	1
São Paulo	São Paulo	10.499.133	-	-	1	1
SUL	Capitais	3.345.933	1	-	2	3
Paraná	Curitiba	1.620.219	-	-	1	1
Santa Catarina	Florianópolis	352.401	1	-	-	1
R.G.do Sul	Porto Alegre	1.373.313	-	-	1	1
CENTRO-	Capitais	2.283.7	-	2	2	4

OESTE		97				
Mato Grosso	Cuiabá	492.894	-	1	-	1
M. G. do Sul	Campo Grande	679.281	-	1	-	1
Goiás	Goiânia	1.111.622	-	-	1	1
Distrito Federal	Brasília	2.097.447	-	-	1	1
TOTAL	Capitais	48.734.106	8	7	12	27

Tabela 3 - CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO DOS CRST ESTADUAIS E REGIONAIS –2002/2003

Regiões	CRST	CRST	CRST	TOTAL
	Reg. B	Reg. c	Estadual	
Estados	2002/03	2002/03	2002/03	2002/03
NORTE	-	-	7	7
Rondônia	-	-	1	1
Acre	-	-	1	1
Amazonas	-	-	1	1
Roraima	-	-	1	1
Amapá	-	-	1	1
Pará	-	-	1	1
Tocantins	-	-	1	1
NORDESTE	3	-	9	12
Maranhão	-	-	1	1
Piauí	-	-	1	1
Ceará	-	-	1	1
R.G. Norte	-	-	1	1
Paraíba	-	-	1	1
Pernambuco	1	-	1	2
Alagoas	-	-	1	1
Sergipe	-	-	1	1
Bahia	2	-	1	3
SUDESTE	11	11	4	26
Espírito Santo	-	-	1	1
Minas Gerais	2	-	1	3
Rio de Janeiro	1	4	1	6
São Paulo	8	7	1	16
SUL	7	1	3	11
Paraná	1	-	1	2
Santa Catarina	1	-	1	2
R.G.do Sul	5	1	1	7
CENTRO-OESTE	-	-	4	4
Mato Grosso	-	-	1	1
M. G. do Sul	-	-	1	1
Goiás	-	-	1	1

Distrito Federal	-	-	1	1
TOTAL	21	12	27	60

Tabela 4 - CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO DOS CRST REGIONAIS - 2004

Regiões	CRST	CRST	TOTAL
	Reg. A	Reg. b	
Estados	2004	2004	2004
NORTE	3	1	4
Rondônia	-	-	-
Acre	-	-	-
Amazonas	-	-	-
Roraima	-	-	-
Amapá	-	-	-
Pará	3	1	4
Tocantins	-	-	-
NORDESTE	15	-	15
Maranhão	1	-	1
Piauí	-	-	-
Ceará	3	-	3
R.G. Norte	1	-	1
Paraíba	1	-	1
Pernambuco	3	-	3
Alagoas	-	-	-
Sergipe	-	-	-
Bahia	6	-	6
SUDESTE	21	16	37
Espírito Santo	3	-	3
Minas Gerais	7	3	10
Rio de Janeiro	4	1	5
São Paulo	7	12	19
SUL	6	5	11
Paraná	5	-	5
Santa Catarina	1	-	1
R.G.do Sul	-	5	5
CENTRO-OESTE	3	-	3
Mato Grosso	1	-	1
M. G. do Sul	-	-	-
Goias	2	-	2
Distrito Federal	-	-	-
TOTAL	48	22	70

ANEXO E – PORTARIA Nº 777/2004**PORTARIA Nº 777/GM Em 28 de abril de 2004.**

Dispõe sobre os procedimentos técnicos para a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador em rede de serviços sentinela específica, no Sistema Único de Saúde - SUS

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, e

Considerando que a gravidade do quadro de saúde dos trabalhadores brasileiros está expressa, entre outros indicadores, pelos acidentes do trabalho e doenças relacionadas ao trabalho;

Considerando que o art. 200, inciso II, da Constituição Federal, regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90, em seu art. 6º, atribui ao SUS a competência da atenção integral à Saúde do Trabalhador, envolvendo as ações de promoção, vigilância e assistência à saúde;

Considerando que a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), disposta na Portaria nº 1.679/GM, de 19 de setembro de 2002, é estratégia prioritária da Política Nacional de Saúde do Trabalhador no SUS;

Considerando a valorização da articulação intra-setorial na saúde, baseada na transversalidade das ações de atenção à Saúde do Trabalhador, nos distintos níveis de complexidade do SUS, com destaque para as interfaces com as Vigilâncias Epidemiológica, Sanitária e Ambiental.

Considerando a necessidade da disponibilidade de informação consistente e ágil sobre a situação da produção, perfil dos trabalhadores e ocorrência de agravos relacionados ao trabalho para orientar as ações de saúde, a intervenção nos ambientes e condições de trabalho, subsidiando o controle social; e

Considerando a constatação de que essas informações estão dispersas, fragmentadas e pouco acessíveis, no âmbito do SUS,

R E S O L V E:

Art. 1º Regulamentar a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador - acidentes e doenças relacionados ao trabalho – em rede de serviços sentinela específica.

§ 1º São agravos de notificação compulsória, para efeitos desta portaria:

I - Acidente de Trabalho Fatal;

II - Acidentes de Trabalho com Mutilações;

III - Acidente com Exposição a Material Biológico;

IV - Acidentes do Trabalho em Crianças e Adolescentes;

V - Dermatoses Ocupacionais;

VI - Intoxicações Exógenas (por substâncias químicas, incluindo agrotóxicos, gases tóxicos e metais pesados);

VII - Lesões por Esforços Repetitivos (LER), Distúrbios Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT);

VIII - Pneumoconioses;

IX - Perda Auditiva Induzida por Ruído – PAIR;

X - Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho; e

XI - Câncer Relacionado ao Trabalho.

§ 2º O Instrumento de Notificação Compulsória é a Ficha de Notificação, a ser padronizada pelo Ministério da Saúde, segundo o fluxo do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

Art. 2º Criar a Rede Sentinela de Notificação Compulsória de Acidentes e Doenças Relacionados ao Trabalho, enumerados no § 1º do artigo 1º, desta Portaria, constituída por:

I - centros de Referência em Saúde do Trabalhador;

II - hospitais de referência para o atendimento de urgência e emergência e ou atenção de média e alta complexidade, credenciados como sentinela; e

III - serviços de atenção básica e de média complexidade credenciados como sentinelas, por critérios a serem definidos em instrumento próprio.

Art. 3º Estabelecer que a rede sentinela será organizada a partir da porta de entrada no sistema de saúde, estruturada com base nas ações de acolhimento, notificação, atenção integral, envolvendo assistência e vigilância da saúde.

Parágrafo único. Os procedimentos técnicos de Vigilância em Saúde do Trabalhador deverão estar articulados com aqueles da vigilância ambiental, sanitária e epidemiológica.

Art. 4º Definir que a formação e qualificação dos trabalhadores do SUS, para a notificação dos agravos relacionados ao trabalho, na rede de cuidados progressivos do Sistema deverá estar em consonância com as diretrizes estabelecidas na Política de Educação Permanente para o SUS, prioritariamente, pactuada nos Pólos de Educação Permanente.

Art. 5º Estabelecer que caberá à Secretaria de Atenção à Saúde e à Secretária de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde, a definição dos mecanismos de operacionalização do disposto nesta Portaria.

Parágrafo único. A definição dessas diretrizes deverá ocorrer no prazo de até 60 (sessenta) dias, a contar da publicação desta Portaria.

Art. 6º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

HUMBERTO COSTA

ANEXO F- PORTARIA Nº 2.729/2009

Ministério da Saúde
Gabinete do Ministro

PORTARIA Nº 2.728, DE 11 DE NOVEMBRO DE 2009

Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e dá outras providências.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe confere o inciso I do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando o disposto nos arts. 198 e 200 da Constituição;

Considerando o art. 6º da Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990;

Considerando a Portaria Nº 777/GM, de 28 de abril de 2004, que estabelece os procedimentos técnicos para a notificação compulsória de agravos à Saúde do Trabalhador em rede de serviços sentinela específica no Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando a Portaria Nº 1.172/GM, de 21 de junho de 2004, que define competências e financiamento na área de vigilância em saúde;

Considerando a necessidade de adequação da Portaria Nº 2.437/GM, de 7 de dezembro de 2005, que dispõe sobre a ampliação e o fortalecimento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador - RENAST no Sistema Único de Saúde - SUS, aos mecanismos de gestão do Pacto pela Saúde;

Considerando a Portaria Nº 648/GM, de 28 de março de 2006, que define as responsabilidades dos Municípios e do Distrito Federal na gestão de seus sistemas de saúde e na organização e execução das ações de atenção básica;

Considerando a Portaria Nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, que divulga e aprova as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde 2006;

Considerando a Portaria Nº 699/GM, de 30 de março de 2006, que aprova o Regulamento do Pacto pela Vida e de Gestão;

Considerando a Portaria Nº 3.085/GM, de 1º de dezembro de 2006, que regulamenta o Sistema de Planejamento do SUS;

Considerando a Portaria Nº 3.332/GM, de 28 de dezembro de 2006, que aprova orientações gerais relativas aos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS;

Considerando a Portaria Nº 204/GM, de 29 de janeiro de 2007, que regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle;

Considerando a Portaria Nº 1.956/GM, de 14 de agosto de 2007, que define que a gestão e a coordenação das ações relativas à Saúde do Trabalhador, no âmbito do Ministério da Saúde, sejam exercidas pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS); e

Considerando a Portaria Nº 3.176/GM, de 24 de dezembro de 2008, que aprova orientações acerca da elaboração, da aplicação e do fluxo do Relatório Anual de Gestão, resolve:

Art. 1º Dispor sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), que deverá ser implementada de forma articulada entre o Ministério da Saúde, as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, com o envolvimento de órgãos de outros setores dessas esferas, executores de ações relacionadas com a Saúde do Trabalhador, além de instituições colaboradoras nessa área.

§ 1º As ações em Saúde do Trabalhador deverão ser desenvolvidas, de forma descentralizada e hierarquizada, em todos os níveis de atenção do SUS, incluindo as de promoção, preventivas, curativas e de reabilitação.

§ 2º A RENAST integra a rede de serviços do SUS, voltados à promoção, à assistência e à vigilância, para o desenvolvimento das ações de Saúde do Trabalhador.

§ 3º A implementação da RENAST dar-se-á do seguinte modo:

I - estruturação da rede de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST);

II - inclusão das ações de saúde do trabalhador na atenção básica, por meio da definição de protocolos, estabelecimento de linhas de cuidado e outros instrumentos que favoreçam a integralidade;

III - implementação das ações de promoção e vigilância em saúde do trabalhador;

IV - instituição e indicação de serviços de Saúde do Trabalhador de retaguarda, de média e alta complexidade já instalados, aqui chamados de Rede de Serviços Sentinela em Saúde do Trabalhador; e

V - caracterização de Municípios Sentinela em Saúde do Trabalhador.

§ 4º A orientação para o desenvolvimento da Rede de Serviços Sentinela em Saúde do Trabalhador está estabelecida nos Anexos a esta Portaria.

Art. 2º Os Municípios Sentinela serão definidos a partir de dados epidemiológicos, previdenciários e econômicos, que indiquem fatores de riscos

significativos à saúde do trabalhador, oriundos de processos de trabalho em seus territórios.

§ 1º Os Municípios Sentinela devem desenvolver políticas de promoção da saúde, de forma a garantir o acesso do trabalhador às ações integradas de vigilância e de assistência, em todos os níveis de atenção do SUS.

§ 2º Os critérios de definição dos Municípios Sentinela serão objeto de ato normativo do Ministério da Saúde, a ser expedido após pactuação por meio da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) do SUS.

Art. 3º Compete à Secretaria de Vigilância em Saúde a gestão federal da RENAST, com a participação dos níveis estadual, distrital e municipal de gestão do SUS.

Art. 4º Compete à Coordenação-Geral de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde a coordenação técnica da RENAST.

Art. 5º As Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios devem adotar as providências necessárias à implementação de ações em Saúde do Trabalhador, em todos os níveis da atenção da rede pública de saúde.

Parágrafo único. Deverão ser consideradas como estratégias de cumprimento do disposto neste artigo a criação de mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS e a atualização dos critérios de habilitação e certificação dos serviços e atividades que vierem a integrá-lo, bem como as diretrizes operacionais contidas nos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.

Art. 6º As ações em Saúde do Trabalhador deverão estar inseridas expressamente nos Planos de Saúde nacional, estaduais, distrital e municipais e nas respectivas Programações Anuais.

Parágrafo único. Deverão ser consideradas nos Planos de Saúde e nas respectivas Programações Anuais, na forma do caput, ações e indicadores para:

I - organização de ações de atenção integral à saúde do trabalhador, compreendendo promoção, vigilância, atenção básica e serviços de média e alta complexidade;

II - inserção das ações de atenção integral à saúde do trabalhador nas redes de atenção à saúde locais e regionais;

III - qualificação em Saúde do Trabalhador, incluindo diretrizes de formação para representantes do controle social, como por exemplo, representantes de Conselhos de Saúde, sindicatos de trabalhadores e outros; e

IV - promoção da Saúde do Trabalhador por meio de articulação intra e intersetorial.

Art. 7º O CEREST tem por função dar subsídio técnico para o SUS, nas ações de promoção, prevenção, vigilância, diagnóstico, tratamento e reabilitação em saúde dos trabalhadores urbanos e rurais.

§ 1º Poderão ser implantados CERESTs, de abrangência estadual, regional e municipal.

§ 2º A implantação de CERESTs de abrangência municipal está condicionada a uma população superior a 500 mil habitantes.

§ 3º Os CERESTs habilitados de abrangência regional somente poderão alterar sua área de abrangência mediante prévia aprovação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

§ 4º Os CERESTs não poderão assumir as funções ou atribuições correspondentes aos Serviços Especializados de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT) ou similar, tanto do setor público quanto do privado.

Art. 8º Definir que o controle social nos serviços que compõem a RENAST, com a participação de organizações de trabalhadores e empregadores, se dê por intermédio das Conferências de Saúde e dos Conselhos de Saúde, previstos na [Lei Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990](#), bem como por meio das Comissões Intersectoriais de Saúde do Trabalhador (CIST) vinculadas aos respectivos Conselhos.

Art. 9º Estabelecer que, após o cumprimento dos procedimentos para habilitação dos novos CERESTs, de acordo com a [Portaria Nº 598/GM, de 23 de março de 2006](#), deva ser encaminhada à SVS, por meio de ofício do Gestor, cópia da publicação da resolução da CIB que aprovou a implantação do CEREST.

§ 1º A implantação do serviço deverá ser atestada pelo gestor estadual do SUS, por meio de visita técnica, pela inscrição no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e pela alimentação do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS), no prazo de noventa 90 (noventa) dias após o recebimento do recurso.

§ 2º No Distrito Federal, a implantação do serviço deverá ser atestada pelo gestor distrital do SUS.

Art. 10. Estabelecer que o incentivo de implantação, voltado para a estruturação do CEREST, e os repasses mensais corram por conta do Programa de Trabalho 10.302.1220.8585, do orçamento do Ministério da Saúde.

§ 1º O incentivo de implantação no valor de R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais) será pago em uma só vez no ato da habilitação.

§ 2º Os recursos deverão ser repassados do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, no bloco de gestão do SUS e no bloco de financiamento da média e alta complexidade, conforme o caso, e serão aplicados pelas Secretarias de Saúde e fiscalizados pelo Conselho de Saúde.

§ 3º Os recursos destinam-se ao custeio das ações de promoção, prevenção, proteção e vigilância desenvolvidas pelos CERESTs, sendo vedada a utilização destes recursos nos casos especificados na [Portaria Nº 204/GM, de 29 de janeiro de 2007](#).

§ 4º A destinação dos recursos deverá constar nos Planos de Saúde nacional, estaduais, distrital, municipais e respectivas Programações Anuais.

Art. 11. Classificar os CERESTs a serem habilitados, segundo os valores de manutenção abaixo:

I - municipais e regionais, sob gestão estadual ou municipal, R\$ 30.000,00 (trinta mil reais) mensais; e

II - estaduais, R\$ 40.000,00 (quarenta mil reais) mensais.

Art. 12. Caberá à SVS publicar portaria constando os CEREST que foram habilitados.

Art. 13. Verificado o descumprimento do prazo para implantação do CEREST, a SVS adotará as seguintes providências:

I - oficiará ao gestor do SUS responsável e à CIB, para justificar o fato, no prazo de 30 (trinta) dias do recebimento da correspondência;

II - manifestará, em 30 (trinta) dias, seu entendimento sobre a justificativa apresentada;

III - não enviada a justificativa ou não aceita, a SVS solicitará ao Fundo Nacional de Saúde a suspensão do repasse mensal das parcelas subsequentes e comunicará a decisão aos responsáveis; e

IV - verificada a adequação, serão retomados os repasses.

Art. 14. A comprovação da aplicação do incentivo e aos repasses mensais deverá constar do Relatório Anual de Gestão, apresentando os resultados na forma da regulamentação específica do SUS.

Art. 15. Os critérios de acompanhamento do funcionamento da RENAST, bem como o fluxo da informação, serão instituídos em ato normativo específico e pactuados na CIT.

Art. 16. Caberá à Secretaria de Vigilância em Saúde expedir os atos normativos específicos relativos a esta Portaria.

Art. 17. As atribuições e a composição de pessoal dos CERESTs serão explicitadas no Manual da RENAST, a ser elaborado em 90 (noventa) dias a partir da publicação desta Portaria. [\(Prazo prorrogado por 75 dias conforme PRT GM/MS nº 340 de 22.02.2010\)](#)

Art. 18. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 19. Fica revogada a Portaria Nº 2.437/GM, de 7 de dezembro de 2005, publicada no Diário Oficial da União 236, de 9 de dezembro de 2005, Seção 1, página 78.

JOSÉ GOMES TEMPORÃO

ANEXO I

Funções do Ministério da Saúde na gestão da RENAST

O Ministério da Saúde, na gestão nacional da RENAST, deve atuar na definição das diretrizes, na regulação e pactuação das ações e no apoio político, financeiro e técnico, com as seguintes incumbências:

I - elaborar a Política Nacional de Saúde do Trabalhador para o SUS, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) e pactuada pela CIT;

II - coordenar a RENAST com a participação das esferas estaduais e municipais de gestão do SUS;

III - elaboração de projetos de lei e normas técnicas pertinentes à área, com a participação de outros atores sociais como entidades representativas dos trabalhadores, universidades e organizações não-governamentais;

IV - inserir as ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Básica, Urgência/Emergência, Rede Hospitalar, Vigilância Sanitária, Epidemiológica e Ambiental;

V - assessorar os Estados na realização de ações de alta complexidade, quando solicitados;

VI - definir acordos e cooperação técnica com instituições afins com a Saúde do Trabalhador para capacitação e apoio à pesquisa na área;

VII - definir rede de laboratórios de análises químicas e toxicológicas como referências regionais ou estaduais;

VIII - definir a Rede Sentinela e os Municípios Sentinela em Saúde do Trabalhador no âmbito nacional;

IX - definir o financiamento federal para as ações de Saúde do Trabalhador, garantindo repasses regulares fundo a fundo;

X - realizar estudos e pesquisas definidos a partir de critérios de prioridade, considerando a aplicação estratégica dos recursos e conforme a demanda social; e

XI - promover a articulação intersetorial com os Ministérios do Trabalho e Emprego, da Previdência Social, do Meio Ambiente e outros, com vistas a fortalecer o modelo de atenção integral a saúde dos trabalhadores.

ANEXO II

Funções das Secretarias de Saúde Estaduais e do Distrito Federal na gestão da RENAST

As Secretarias de Saúde Estaduais e do Distrito Federal devem definir diretrizes, regular e pactuar ações de Saúde do Trabalhador no seu âmbito respectivo e, quando necessário, atuar de forma integrada ou complementar aos Municípios e aos serviços de referências regionais, na qualidade de instância gestora, técnica e política da área de saúde do Trabalhador na região, com as seguintes competências:

I - elaborar a Política de Saúde do Trabalhador, definir o financiamento, pactuar na CIB e submeter à aprovação do Conselho de Saúde, em seu âmbito respectivo;

II - conduzir as negociações nas instâncias do SUS no sentido de inserir as ações e indicadores de Saúde do Trabalhador no Plano de Saúde e na Programação Anual de Saúde, bem como seu financiamento no seu âmbito respectivo;

III - contribuir na elaboração de projetos de lei e normas técnicas pertinentes à área, com outros atores sociais como entidades representativas dos trabalhadores, universidades e organizações não governamentais;

IV - inserir as ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Básica, Urgência/Emergência e Rede Hospitalar, por meio da definição de protocolos, estabelecimento de linhas de cuidado e outros instrumentos que favoreçam a integralidade;

V - executar ações de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental voltadas à Saúde do Trabalhador no seu âmbito respectivo;

VI - implementar as ações de atenção de média e alta complexidade, definidas em conjunto com a CIB;

VII - assessorar os CERESTs, os serviços e as instâncias regionais e municipais na realização de ações de Saúde do Trabalhador, no seu âmbito respectivo;

VIII - definir e executar projetos especiais em questões de interesse próprio com repercussão local, em conjunto com as equipes municipais, quando e onde couber;

IX - realizar estudos e pesquisas definidos a partir de critérios de prioridade, considerando a aplicação estratégica dos recursos e conforme a demanda social;

X - articular e capacitar, em parceria com os Municípios e com os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, os profissionais de saúde do SUS, em especial as equipes dos centros regionais, da atenção básica e de outras vigilâncias e manter a educação continuada e a supervisão em serviço, respeitadas as diretrizes para implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde;

XI - implementar estratégias de comunicação e de educação permanente em saúde dirigidas à sociedade em geral, aos trabalhadores e a seus representantes, aos profissionais de saúde e às autoridades públicas;

XII - estabelecer e definir fluxo de trabalho integrado com a rede de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, incluindo, entre outros, exames radiológicos, de anatomia patológica, de patologia clínica, de toxicologia e retaguarda de reabilitação;

XIII - estabelecer e definir fluxo de trabalho integrado com a rede de laboratórios de análises para avaliações de amostras de contaminantes ambientais e produtos de interesse à Saúde do Trabalhador;

XIV - pactuar na CIB a Rede Sentinela e os Municípios Sentinela em Saúde do Trabalhador no seu âmbito respectivo;

XV - propor as linhas de cuidado para todos os agravos de notificação compulsória dispostos na Portaria Nº 777/GM, de 28 de abril de 2004, a ser seguidas para a atenção integral dos trabalhadores usuários do SUS, a ser aprovada pela CIB;

XVI - propor os fluxos de referência e contra-referência de cada linha de cuidado de atenção integral à Saúde do Trabalhador, a ser aprovado na CIB;

XVII - propor normas relativas a diagnóstico, tratamento e reabilitação de pacientes portadores de agravos à saúde decorrentes do trabalho, a ser aprovada na CIB; e

XVIII - participar nas instâncias de definições políticas de desenvolvimento econômico e social junto às demais Secretarias do Estado e Distrito Federal.

ANEXO III

Funções das Secretarias Municipais de Saúde na gestão da RENAST

As Secretarias Municipais de Saúde devem definir diretrizes, regular, pactuar e executar as ações de Saúde do Trabalhador no âmbito do respectivo Município, de forma pactuada regionalmente, com as seguintes competências:

I - realizar a pactuação, o planejamento e a hierarquização de suas ações, que devem ser organizadas em seu território a partir da identificação de problemas e prioridades, e incluídas no Plano Municipal de Saúde;

II - atuar e orientar no desenvolvimento de protocolos de investigação e de pesquisa clínica e de intervenção, juntamente ou não, com as universidades ou órgãos governamentais locais ou da rede do SUS;

III - articular com outros Municípios quando da identificação de problemas e prioridades comuns;

IV - informar a sociedade, em especial os trabalhadores, as CIPAs e os respectivos sindicatos sobre os riscos e danos à saúde no exercício da atividade laborativa e nos ambientes de trabalho;

V - capacitar, em parceria com as Secretarias Estaduais de Saúde e com os CERESTs, os profissionais e as equipes de saúde 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, respeitadas as diretrizes para implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

VI - inserir as ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Básica, Urgência/Emergência e Rede Hospitalar, por meio da definição de protocolos, estabelecimento de linhas de cuidado e outros instrumentos que favoreçam a integralidade;

VII - executar ações de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental;

VIII - definir a Rede Sentinela em Saúde do Trabalhador no âmbito do Município;

IX - tornar público o desenvolvimento e os resultados das ações de vigilância em Saúde do Trabalhador, sobretudo as inspeções sanitárias nos ambientes de trabalho e sobre os processos produtivos para garantir a transparência na condução dos processos administrativos no âmbito do direito sanitário;

X - estabelecer e definir fluxo de trabalho integrado com a rede de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, incluindo, entre outros, exames radiológicos, de anatomia patológica, de patologia clínica, de toxicologia e retaguarda de reabilitação;

XI - propor os fluxos de referência e contrarreferência de cada linha de cuidado de atenção integral à Saúde do Trabalhador, a ser aprovado no nível municipal;

XII - realizar estudos e pesquisas definidos a partir de critérios de prioridade, considerando a aplicação estratégica dos recursos e conforme a demanda social; e

XIII - participar nas instâncias de definições políticas de desenvolvimento econômico e social junto às demais Secretarias do Município.

ANEXO IV

Distribuição dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador

REGIOES /ESTADOS/ DF	POPULAÇÃO	CERESTs Habilitados até jul/05	CERESTs Habilitados até dez/06	CERESTs Habilitados até mar/09	CERESTs a ser habilitados	TOTAL
NORTE	13.504.612	9	4	2	4	19
Rondônia	1.431.776	1		1	-	2
Acre	586.945	1			1	2
Amazonas	2.961.804	1	1	1	-	3
Roraima	346.866	1			1	2
Amapá	516.514	1			1	2
Pará	6.453.699	2	2		1	5
Tocantins	1.207.008	2	1		-	3
NORDESTE	48.845.219	28	14	12	2	56
Maranhão	5.803.283	2	1	1	1	5
Piauí	2.898.191	1	1	2	-	4
Ceará	7.654.540	4	1	3	-	8

Rio Grande do Norte	2.852.800	2	2		-	4
Paraíba	3.494.965	2	1	1	-	4
Pernambuco	8.084.722	4	5		-	9
Alagoas	2.887.526	2		1	1	4
Sergipe	1.846.042	1		2	-	3
Bahia	13.323.150	10	3	2	-	15
SUDESTE	74.447.443	55	14	3	10	82
Espírito Santo	3.201.712	3			2	5
Minas Gerais	18.343.518	12	2	3	2	19
Minas Gerais	18.343.518	12	2	3	2	19
Rio de Janeiro	14.724.479	5	5		6	16
São Paulo	38.177.734	35	7		-	42
SUL	25.734.111	12	5	6	6	29
Paraná	9.797.965	3		3	4	10
Santa Catarina	5.517.718	3	4		-	7
Rio Grande do Sul	10.408.428	6	1	3	2	12
CENTRO-OESTE	13.238.067	6	3	5	-	14
Mato Grosso	2.000.000	1	1	1	-	3
Mato Grosso do Sul	2.140.620	2	1		-	3
Goiás	7.000.000	2	1	2	-	5
Distrito Federal	2.097.447	1		2	-	3
TOTAL	174.632.932	110	40	28	22	200 (*)

(*) A ampliação por Estados e Distrito Federal dar-se-á mediante o pleito pactuado nas CIBs, aprovados pelo Ministério da Saúde, com destaque para a capacidade instalada no Município e na região da implantação dos novos serviços.

MARÇO 2009: 178 CERESTs Habilitados - 26 estaduais e 152 regionais.

Saúde Legis - Sistema de Legislação da Saúde

ANEXO G- PORTARIA Nº 1823/2012

**Ministério da Saúde
Gabinete do Ministro**

PORTARIA Nº 1.823, 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 conseqüências 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 morbi-mortalidade) 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 nutrízes 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 extra-curriculares.

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 Município, 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 locoregional, 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 pólo 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 municipal, 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

ANEXOS

Saúde Legis - Sistema de Legislação da Saúde