

**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE - UNESC
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA (MESTRADO
PROFISSIONAL)**

SHEILA FERNANDA MADEIRA

**AS AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR EM SANTA
CATARINA**

CRICIÚMA - SC

2020

SHEILA FERNANDA MADEIRA

**AS AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR EM SANTA
CATARINA**

Esta dissertação foi julgada e aprovada para obtenção do Grau de Mestre em Saúde Coletiva na área de Promoção e Integralidade à Saúde no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado Profissional) da Universidade do Extremo Sul Catarinense.

Criciúma, 25 de novembro de 2020.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Willians Cassiano Longen – Fisioterapeuta e Doutor em Ciências da Saúde –
UNESC – Orientador

Prof. Dr. Renan Ceretta – UNESC

Prof. Dr. Flávio Ricardo Liberali Magajeswski – UNISUL

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

M181a Madeira, Sheila Fernanda.

As ações da Vigilância em Saúde do Trabalhador em Santa Catarina / Sheila Fernanda Madeira. - 2020.

67 p. ; il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade do Extremo Sul Catarinense, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Criciúma, 2020.

Orientação: Willians Cassiano Longen.

1. Vigilância em Saúde do Trabalhador - Santa Catarina. 2. VISAT. 3. Saúde do trabalhador. 4. Vigilância Sanitária. 5. Sanitaristas. I. Título.

CDD. 23. ed. 363.11

Bibliotecária Elisângela Just Steiner - CRB 14/1576
Biblioteca Central Prof. Eurico Back - UNESC

Folha Informativa

As referências da dissertação foram elaboradas seguindo o estilo ABNT e as citações pelo sistema de chamada autor/data da ABNT.

DEDICATÓRIA

Dedico esta pesquisa às famílias de todos os trabalhadores que perderam um ente querido em função do trabalho.

AGRADECIMENTOS

À minha família, por entender minhas ausências ao longo deste processo;

Ao meu marido, Sergio Emerson Sasso, pelo apoio, pelas dicas, por me mostrar na prática como ser um excelente profissional e, acima de tudo, pelo seu amor;

Ao meu orientador, Willians Cassiano Longen, o grande responsável por eu ter ingressado no Programa de Mestrado da UNESC;

Aos meus colegas de mestrado, por transformarem as aulas em locais ainda melhores, de grandes aprendizados e troca de experiências, em especial ao nosso grupo SUSpense, composto pelos maravilhosos: Fernanda Pasini (nossa artista), Ivan Andrioli (Ivanzinho, querido! O nosso lado calmo) e a Evelyn Brognoli (minha BFF, que eu posso contar a qualquer momento!);

Ao amigo Rafael Corrêa, meu “CTRL + F”, que me ajudou em muitos momentos e de várias formas, principalmente nos aspectos relacionados à informática;

Às amigas do CEREST Estadual: Regina Pinheiro, Giovanna Philipi e Nadja Fernanda que sempre prontamente e com muito carinho, providenciaram o que eu precisava para realizar esta pesquisa;

A todos os fiscais sanitaristas que compuseram a amostra desta pesquisa pois, sem eles, ela não teria sido possível.

RESUMO

O trabalho, além de dignificante, também pode levar ao adoecimento. Em 2017 foram registrados mais de 549 mil acidentes de trabalho, somente entre os trabalhadores em regime celetista. Mesmo o país possuindo vasto arcabouço legal que deveria servir de ferramenta para a mudança deste cenário, isto não tem sido suficiente. Diversos autores apontam que um dos fatores que dificulta a efetiva implementação da saúde do trabalhador na rede do SUS é o baixo e esporádico investimento em capacitação para os profissionais de saúde. Diante disto, o CEREST Estadual de Santa Catarina promove, desde 2005, diversas capacitações em VISAT para os fiscais sanitaristas de todo o Estado, numa tentativa de fornecer subsídios técnicos para que eles possam intervir efetivamente nos ambientes de trabalho com condições de adoecer e/ou acidentar os trabalhadores. Embora reconhecendo a importância de tal iniciativa, não foi identificada avaliação de tais capacitações e das ações realizadas. Neste sentido, este estudo teve como objetivo geral avaliar as ações de VISAT realizadas pelas vigilâncias sanitárias de Santa Catarina e verificar a percepção dos fiscais a respeito do preparo técnico para a efetiva atuação. O Projeto de Pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC) sob o número do parecer 3.889.200. A amostra foi composta por 257 fiscais sanitaristas, distribuídos em 134 municípios. Com este número obteve-se nível de confiança de 95%. Foram utilizadas 3 formas de coleta de dados: questionário autoaplicável enviado aos 733 fiscais sanitaristas do Estado; o número de ações de VISAT planejadas e executadas no ano de 2018, extraídas do Sistema Pharos, dos municípios que responderam, no mínimo, um questionário e entrevista semiestruturada com a gerente do CEREST Estadual. Os dados foram analisados de forma quantitativa, com o auxílio do Programa SPSS. Os resultados permitiram que fossem corroboradas as seguintes hipóteses: a maioria das VISAs municipais não realizou, em média, cinco ações de VISAT por mês; a maioria dos fiscais tem dificuldades na execução das ações de VISAT nos municípios; as principais dificuldades encontradas pelos fiscais relacionam-se às questões organizacionais relacionadas ao trabalho. Não foi verificada associação das variáveis capacitações recebidas e ações realizadas. Infere-se que as dificuldades enfrentadas pelos fiscais possam ter contribuído para o baixo número de ações de VISAT realizadas. Assim, é necessário que se façam avanços estruturais e organizacionais da saúde do trabalhador nos municípios, a ponto de que os fiscais das VISAs possam ter, além de conhecimento técnico, suporte adequado e condições de desenvolver as ações de VISAT.

Palavras-chave: Trabalho, Saúde do Trabalhador, Vigilância em Saúde do Trabalhador, Vigilância Sanitária.

ABSTRACT

The work, besides being dignified, can also lead to illness. In 2017, more than 549 thousand occupational accidents were recorded, only among workers on a workforce. Even though the country has a vast legal framework that should serve as a tool to change this scenario, this has not been enough. Several authors point out that one of the factors that hinder the effective implementation of workers' health in the SUS network is the low and sporadic investment in training for health professionals. In view of this, CEREST State of Santa Catarina has promoted, since 2005, several training in VISAT for health inspectors from all over the State, in an attempt to provide technical subsidies so that they can effectively intervene in work environments with conditions to get sick and / or accident workers. While recognizing the importance of such an initiative, no assessment of such training and actions has been identified. In this sense, this study had the general objective of evaluating the VISAT actions carried out by the health surveillance in Santa Catarina and verifying the perception of the inspectors regarding the technical preparation for the effective performance. The Research Project was approved by the Ethics Committee of the University of the Extreme South of Santa Catarina (UNESC) under the number of opinion 3.889.200. The sample consisted of 257 health inspectors, distributed in 134 municipalities. With this number, we obtained a 95% confidence level. For this purpose, 3 forms of data collection were used: self-administered questionnaire sent to 733 inspectors; the number of VISAT actions planned and executed in 2018 extracted from the Pharos System, from the municipalities that answered, at least, a questionnaire and semi-structured interview with the manager of CEREST State. The data were analyzed quantitatively, with the aid of the SPSS Program. The results allowed the following hypotheses to be corroborated: the majority of municipal VISAs did not carry out, on average, five VISAT actions per month; most inspectors have difficulties in carrying out VISAT actions in the municipalities; the main difficulties encountered by inspectors are related to work-related organizational issues. There was no association between the variables training received and actions taken. It is inferred that the difficulties faced by the inspectors may have contributed to the low number of VISAT actions carried out. Thus, it is necessary to make structural and organizational advances in worker health in the municipalities, to the point that VISA inspectors can have, in addition to technical knowledge, adequate support and conditions to develop VISAT actions.

Keywords: Work, Occupational Health, Occupational Health Surveillance, Health Surveillance.

LISTA DE TABELAS

| | |
|---|----|
| Tabela 1. Dados sociodemográficos dos fiscais sanitaristas | 31 |
| Tabela 2. Distribuição das respostas por regionais de Santa Catarina | 33 |
| Tabela 3. Municípios mais prevalentes | 33 |
| Tabela 4. Capacitações em Saúde do Trabalhador | 34 |
| Tabela 5. Distribuição dos dados da qualidade das capacitações em saúde do trabalhador..... | 39 |
| Tabela 6. Distribuição dos dados quanto a execução das ações de VISAT | 40 |
| Tabela 7. Correlações entre as ações de VISAT pactuadas x ações realizadas..... | 47 |
| Tabela 8. Associação entre as capacitações recebidas e as ações executadas | 47 |

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CEREST - Centro de Referência em Saúde do Trabalhador

DIVS – Diretoria de Vigilância Sanitária

EPS – Educação Permanente em Saúde

NR – Norma Regulamentadora

PNSTT - Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora

PNEPS – Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

PRC – Postos de Revenda de Combustíveis

RENAST - Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador

ST – Saúde do Trabalhador

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de consentimento livre e esclarecido

UNESC - Universidade do Extremo Sul Catarinense

VISA - Vigilância Sanitária

VISAT - Vigilância em Saúde do Trabalhador

SUMÁRIO

| | | |
|--------------|--|-----------|
| 1 | INTRODUÇÃO | 12 |
| 2 | REVISÃO DA LITERATURA | 14 |
| 3 | JUSTIFICATIVA | 24 |
| 4 | OBJETIVOS | 25 |
| 4.1 | OBJETIVO GERAL | 25 |
| 4.2 | OBJETIVOS ESPECÍFICOS..... | 25 |
| 5 | HIPÓTESES | 26 |
| 6 | MATERIAIS E MÉTODOS | 27 |
| 6.1 | DESENHO DO ESTUDO | 27 |
| 6.2 | LOCAL DO ESTUDO..... | 27 |
| 6.3 | POPULAÇÃO E AMOSTRA EM ESTUDO..... | 27 |
| 6.3.1 | Critérios de Inclusão | 27 |
| 6.3.2 | Critérios de Exclusão | 27 |
| 6.4 | VARIÁVEIS | 27 |
| 6.4.1 | Dependente | 27 |
| 6.4.2 | Independentes | 28 |
| 6.5 | COLETA DE DADOS..... | 28 |
| 6.5.1 | Instrumentos para coleta dos dados | 28 |
| 6.5.2 | Procedimentos e logística | 29 |
| 6.6 | ANÁLISE DOS DADOS..... | 29 |
| 6.7 | CONSIDERAÇÕES ÉTICAS | 30 |
| 6.7.1 | Riscos e benefícios | 30 |
| 7 | RESULTADOS E DISCUSSÃO | 31 |
| 8 | LIMITAÇÕES DO ESTUDO | 50 |
| 9 | CONSIDERAÇÕES FINAIS | 51 |
| | REFERÊNCIAS | 53 |
| | ANEXO A – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNESC (CEP) | 60 |
| | APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO | 61 |
| | APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS | 65 |
| | APÊNDICE C – ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA | 67 |

1 INTRODUÇÃO

“O trabalho dignifica o homem”! Certamente a maioria das pessoas já ouviu ou leu esta frase. Porém, mais rara é a afirmação de que ele também pode adoecer. Seja pela exposição dos trabalhadores aos mais diversos agentes de riscos ou pela vulnerabilidade do trabalho informal, o trabalho constitui importante determinante no processo saúde-doença (BRASIL, 2012).

Não é à toa que o Anuário Estatístico da Previdência Social registrou, em 2017, 549.405 acidentes de trabalho (PREVIDÊNCIA, 2017). Porém, ainda há milhões de trabalhadores fora destes números, como os servidores públicos, militares, autônomos, cooperativados e prestadores de serviços, entre outros (AGUIAR; VASCONCELLOS, 2015).

Se os números forem transformados em cifras, o Observatório Digital de Saúde e Segurança no Trabalho, do Ministério Público do Trabalho, demonstrou que no período de 2012 até junho de 2019 foram gastos mais de R\$ 84 bilhões em benefícios acidentários (TRABALHO, 2019).

Tal cenário não é exclusivo dos anos 2000. Ele veio à cena principal em 1970 quando o Brasil foi o primeiro colocado no ranking mundial em acidentes de trabalho. Diante disto é correto afirmar que temos um problema de saúde pública que, ou é tratado de forma inexpressiva ou de forma insuficiente, deixando a margem tal magnitude dramática destes indicadores (AGUIAR; VASCONCELLOS, 2015).

Mas isto não se deve à falta de dispositivos legais, pois a saúde do trabalhador está incluída na saúde pública desde 1988, com a Constituição Federal, em seu artigo 200 que registra que “ao Sistema Único de Saúde compete...executar as ações de Saúde do Trabalhador...” assim como “...colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho...” (BRASIL, 1988, p. 120). A regulamentação veio dois anos depois, com a Lei Orgânica da Saúde, (8080/90 – artigo 6º parágrafo 3º), que afirma:

“Entende-se por Saúde do Trabalhador, para fins desta lei, um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho...” (BRASIL, 1990, p.3).

Na tentativa de sistematizar e organizar as ações de saúde do trabalhador, em 2002, houve a criação da Rede Nacional de Atenção Integral a Saúde do Trabalhador (RENAST) e os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) (DIAS e HOEFFEL, 2005).

Destacam-se, entre as fragilidades para desta rede, o despreparo dos profissionais que atuam na rede de serviços para lidar com os riscos e agravos à saúde relacionados ao trabalho, a precedência da assistência em detrimento das ações de vigilância e a timidez das ações intersetoriais (DIAS e HOEFFEL, 2005).

Mais recentemente, em 2012, foi instituída a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), que destaca, em seu artigo 9º, a necessidade dos “investimentos na qualificação e capacitação integradas das equipes dos diversos componentes da vigilância em saúde...” (BRASIL, 2012, p.6).

Embora a Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) tenha surgido com o objetivo de promover e proteger a saúde do trabalhador, a prática demonstrou que, entre outros fatores, a falta de profissionais graduados e capacitados nesta temática dificultam a efetividade desta vigilância (LIMONGI et al., 2017).

Diante deste cenário, que aponta a complexidade do tema em tela, em especial a escassez e a necessidade de capacitação em saúde do trabalhador, as poucas intervenções em VISAT em detrimento da assistência, é que se delineou esta pesquisa.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 O TRABALHO COMO DETERMINANTE DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

A associação entre trabalho e doença há muito vem sendo discutida. Bernardino Ramazzini (1633-1714), médico italiano, foi o primeiro a relatar sistematicamente a associação entre doença e atividade laboral em sua publicação “De Morbis Artificum Diatriba - As doenças dos trabalhadores”, no ano de 1700. Ramazzini chegou a sugerir que fosse abordado por todos os médicos em suas anamneses questões sobre o trabalho e o seu ambiente aos pacientes. Antes da publicação de seu tratado, o médico visitou trabalhadores e postos de trabalho, descrevendo diversos agentes e estados mórbidos que afetavam os trabalhadores, estabelecendo nexos causais entre eles (VASCONCELLOS; OLIVEIRA, 2011).

Foi principalmente nos anos de 1990 que, no Brasil, as transformações geradas pela nova divisão internacional do trabalho ocorreram de forma significativa, tendo como base a superexploração da força de trabalho (ANTUNES, 2015).

A imposição de baixos salários, associados a ritmos de produção intensificados e jornadas de trabalho prolongadas, possuem relação direta com a alta incidência de acidentes de trabalho, incluindo aqueles que levam os trabalhadores ao óbito. Outra consequência não menos importante deste cenário diz respeito aos adoecimentos que possuem nexos com o labor, em especial aqueles relacionados às lesões osteomusculares e transtornos mentais (ANTUNES, 2015).

As empresas têm exigido, cada vez mais, que os trabalhadores estejam à sua disposição, principalmente de forma velada, possibilitadas por toda a tecnologia de comunicação existente (CARDOSO, 2015).

A forma como o trabalho está organizado ou a “organização do trabalho” é encarregada de definir quem vai fazer, o que vai ser feito, como, quando e com que equipamentos/instrumentos; em que tempo, com que prazos, em que quantidade, com que qualidade. Assim, pode ser considerada como uma importante interlocutora do processo saúde e doença, tornando-se essencial na vigilância à saúde no contexto do trabalho. (FARIA; LEITE; SILVA, 2017).

O estresse, produto da organização do trabalho, que antes era entendido como fator negativo, atualmente tem servido como base para a chamada de gestão “by stress”, mesmo diante da diversidade de estudos que apontam a gestão por metas ou objetivos como uma fonte

importante de adoecimento, quer seja pela consequente competitividade, quer seja pela desconsideração do próprio bem-estar a fim de atingir os resultados estipulados (CARDOSO, 2015).

Além disso, outros tantos estudos reiteram que é possível que situações (dentro e fora do local de trabalho) possam desencadear uma resposta de estresse. Essa constatação é importante para que não se individualize o processo de adoecimento, que, na maioria dos casos, tem como consequência a culpabilização dos trabalhadores e a não discussão do trabalho e de sua organização (CARDOSO, 2015).

2.2 A SAÚDE DO TRABALHADOR E A VISAT

Sobre a descentralização e a integralidade na atenção à saúde, pode-se observar uma relação entre este princípio e aquela diretriz do Sistema Único de Saúde (SUS), reconhecendo a descentralização como uma das formas de buscar a integralidade do sistema de saúde, já que possibilita a aproximação dos serviços e dos profissionais de saúde das pessoas e da realidade local (BALISTA, 2011).

Neste sentido, as práticas ampliadas de Vigilância em Saúde permitem a identificação dos problemas que atingem os grupos adscritos em determinados territórios, o que contribui para a compreensão das condições de vida e o processo saúde-doença (BALISTA, 2011).

Após 30 anos da Constituição Federal de 1988, onde a saúde do trabalhador se consolidou como política pública, o arcabouço legal nesta área veio se constituindo para o aumento da capacidade de intervenção dos serviços para agir sobre os determinantes dos agravos relacionados ao trabalho, em especial nas ações de VISAT (JACKSON FILHO et al., 2018).

Em 1990 a lei do SUS deixou mais claro o escopo da saúde do trabalhador, que agrega ações de vigilância sanitária e epidemiológica para a redução dos agravos, bem como a assistência àqueles trabalhadores já adoecidos (BRASIL, 1990). Na sequência vieram outros diversos dispositivos legais, sempre na tentativa de regulamentar e aprimorar as iniciativas em relação à saúde do trabalhador. Em 2002, a Portaria nº 1.679/GM instituiu a RENAST para estruturar o fluxo de atendimento à saúde dos trabalhadores (BRASIL, 2002).

Em meio a outras portarias, instruções normativas, a mais relevante iniciativa de estruturação foi a PNSTT, que estabelece as estratégias que devem ser seguidas pelos órgãos competentes no que diz respeito às vigilâncias, serviços e ações no campo da saúde do

trabalhador de modo individual ou coletivo (BRASIL, 2012). Porém, para que esta “roda gire” é necessário mais que iniciativas isoladas, mas também a interlocução dos serviços de saúde em relação à saúde do trabalhador. É neste sentido que os CERESTs têm papel fundamental como polo irradiador e articulação das ações de VISAT. É através deles que a RENAST e a PNSTT são disseminadas por toda a rede de saúde (BRASIL, 2018). Atualmente existem 213 CEREST no Brasil.

A VISAT é uma prática social que, ao ser incorporada à Vigilância em Saúde demanda uma compreensão transdisciplinar e uma ação transversal.

Ela [...]congrega diferentes componentes estruturais para a abordagem interdisciplinar da relação processo de trabalho e saúde: componentes tecnológicos utilizados em determinado processo de produção; epidemiológicos para a avaliação de risco; e sociais, como as condições econômicas e de organização dos trabalhadores, incorporando o processo de trabalho como categoria e objeto fundamentais para sua análise e intervenção. Busca o conhecimento para a ação e, com isso, também geral novos conhecimentos” (BALISTA, 2011, p. 217).

A VISAT é um componente do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde, que busca a promoção da saúde e a redução da morbimortalidade dos trabalhadores, por meio da integração de ações que intervenham nos agravos e seus determinantes decorrentes dos modelos de desenvolvimento e processos produtivos. Constitui-se de saberes e práticas sanitárias, com articulação intra e intersetoriais (BRASIL, 2014).

Percebe-se, portanto, que não se trata da necessidade de novas normas para a saúde do trabalhador, mas sim analisar o porquê de, apesar da existência de um robusto rol de normatização, este não se reflete em ações concretas capazes de reverter os alarmantes números de doenças e acidentes provenientes do trabalho. Continua-se sob a omissão dos órgãos oficiais de vigilância da saúde, responsáveis pela polícia sanitária, onde sobra informação e falta ação. A escassez de posições mais ostensivas, planejadas e rotineiras contribui para que os acidentes, doenças e mortes no trabalho não sejam reduzidos (VASCONCELOS, 2018).

Como esforço para superar as fragilidades apontadas, em 2014, foram publicadas as Diretrizes de Implantação da Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS, que traz de forma clara os caminhos que devem ser tomados para que as ações de VISAT consigam ser efetivadas, tal como previstas em 2002 com a RENAST, sem a necessidade de novos marcos regulatórios (BRASIL, 2014).

Tais diretrizes tratam de todos os pontos de atenção à saúde em que a saúde do trabalhador deve estar inserida e, portanto, também deixa explícita a estratégia das inspeções sanitárias neste contexto: é o pilar da ação de VISAT e é realizada por análises de documentos,

entrevistas com trabalhadores e observação direta do processo de trabalho. Diz respeito ao modo de olhar do sanitarista para o trabalho na tentativa de avaliar seus impactos na saúde e ao meio ambiente. “É a observação da forma de trabalhar, da relação trabalhador com os meios de produção e da relação dos meios de produção com o ambiente” (BRASIL, 2014, p.11).

O documento reafirma a necessidade de haver profissionais de vigilância atribuídos de autoridades sanitárias, de forma a concretizar as inspeções e de viabilizar ações de formação continuada para os técnicos e trabalhadores envolvidos nas ações de VISAT (BRASIL, 2014).

Silva, Ferraz e Rodrigues (2016) reiteram que as ações de VISAT na rede do SUS tem como objeto principal a promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores, através da vigilância dos riscos presentes nos ambientes e processos de trabalhos, dos agravos à saúde e da organização das redes de assistência.

Fica claro, portanto, o processo de descentralização da saúde do trabalhador, indo ao encontro do que afirmam Balista, Santiago e Corrêa Filho (2011), que reconhecem este processo como uma das formas de buscar a integralidade do sistema de saúde, já que possibilita a aproximação dos serviços e dos profissionais de saúde das pessoas e da realidade local.

Nesta esteira, Costa et al. (2013) apontam o inventário realizado no ano 2010/2011 que deflagrou a existência de dificuldades importantes para a efetivação das ações de VISAT, entre elas impedimentos burocráticos no uso e na gestão de recursos que impedem sua utilização de forma adequada e os desafios na formação de profissionais em saúde do trabalhador, uma vez que as iniciativas neste sentido ainda são esparsas, apesar de seu crescimento nos últimos anos.

A VISAT deve ter posição de destaque na intervenção sobre os determinantes dos agravos à saúde dos trabalhadores. É uma estratégia interna do SUS para o combate das situações que colocam em risco a saúde da população trabalhadora, sendo constituída pela intervenção articulada em três dimensões: a promoção da saúde, a prevenção das enfermidades e acidentes e a atenção curativa (COSTA et al., 2013).

Porém, na contramão da consolidação das ações de saúde do trabalhador no SUS, vê-se uma timidez nas ações de vigilância, uma vez que a maioria dos CERESTs não possui autoridade sanitária, impossibilitando a intervenção direta em processos produtivos e ambientes de trabalho. Assim, vê-se CERESTs sem margem de ação suficiente, pois dependem de outras instâncias que não tem a prevenção aos riscos provenientes do trabalho como o centro e o foco de seus planejamentos. As vigilâncias sanitárias municipais podem ser citadas como exemplos (COSTA; LACAZ; JACKSON FILHO; VILELA, 2013).

2.3 VIGILÂNCIA SANITÁRIA E A SAÚDE DO TRABALHADOR

Conceitualmente a Vigilância Sanitária (VISA) é um conjunto de estratégias institucionais, administrativas, programáticas e sociais, integradas e orientadas por políticas públicas que se destinam à produção social de saúde, com base em serviços, ações integrais e práticas essenciais para a defesa e promoção da vida em seu ambiente (DA SILVA; COSTA; LUCCHESI, 2018).

As VISAs integram o SUS por determinação constitucional e tem por obrigação intervir sobre os riscos à saúde da população, sejam eles decorrentes do meio ambiente ou do processo de produção, comercialização e consumo de bens, assim como da prestação de serviços de interesse sanitário (ODWYER; TAVARES; SETA, 2007)

Porém, até meados dos anos de 1970, a vigilância sanitária permaneceu à margem das políticas de saúde, com pouca apreensão social de sua importância, sob o ângulo sanitário e econômico, com suas atividades desenvolvidas pelo Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e Farmácia, criado em 1957 (COSTA; FERNANDES; PIMENTA, 2008).

Com o desenvolvimento econômico do período pós-1968, conhecido como o “milagre econômico”, houve novas demandas ao Estado, como as regulamentações da produção brasileira às exigências internacionais. Foi a partir disto que a VISA foi incluída num plano mais amplo, a fim de consolidar uma sociedade industrial moderna e competitiva (COSTA; FERNANDES; PIMENTA, 2008).

A substituição da terminologia de “fiscalização” para “vigilância” remete às ações voltadas para promoção, precaução e cuidado em detrimento daquelas punitivas (COSTA; FERNANDES; PIMENTA, 2008).

A Lei 6.360 representou um marco importante para o “desenho” da VISA, que estabeleceu suas ações como permanentes e rotineiras dos órgãos de saúde. (COSTA; FERNANDES; PIMENTA, 2008).

As mudanças institucionais e legislativas, contudo, não significaram transformações efetivas no cotidiano das ações de vigilância sanitária, que continuavam separadas das demais ações de saúde e longe da população (COSTA; FERNANDES; PIMENTA, 2008).

Dois importantes eventos aprofundaram o debate sobre as questões de VISA: a Conferência Nacional de Saúde e a Conferência Nacional de Saúde do Consumidor, ambas em 1986. Porém, somente na segunda metade dos anos 1990, as deficiências dos serviços de vigilância sanitária vieram à tona e evidenciaram-se à sociedade brasileira, através de vários

episódios de mortes evitáveis em serviços de saúde e de falsificação e comércio ilegal de medicamentos. Isto impulsionou as mudanças e a elaboração de um projeto de reforma institucional, culminando na criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) (DA SILVA; COSTA; LUCCHESI, 2018).

O primeiro censo realizado com os trabalhadores das vigilâncias, em 2004, mostrou que, embora tenham havido avanços, eles não caminharam junto com a organização dos processos dos serviços e com a qualificação/formação dos trabalhadores das vigilâncias (COSTA; FERNANDES; PIMENTA, 2008).

A análise do processo de construção da identidade dos trabalhadores da VISA diante das políticas de saúde, no Brasil, permite verificar significativa afirmação dessa identidade nos anos últimos dez anos, fortemente associada à redefinição atual da área e sua maior visibilidade no campo da Saúde Coletiva (COSTA; FERNANDES; PIMENTA, 2008).

Neste sentido, Odwyer, Tavares e Seta (2007) destacam o estreitamento da relação da promoção da saúde com o campo das vigilâncias em saúde, incluindo a vigilância sanitária. Porém, a partir daí surge um questionamento: quais os processos educativos implementados para capacitar os profissionais de saúde que realizam ações de vigilância sanitária para o exercício desta prática?

As iniciativas de educação e comunicação desenvolvidas no âmbito da vigilância sanitária ainda são pontuais e há um grande espaço, precariamente explorado, para a ação educativa, tanto no que se refere ao entendimento do risco à saúde, envolvido nos atos e nas situações cotidianas, quanto no que se relaciona com os direitos de cidadania (DE SETA; OLIVEIRA; PEPE, 2017).

Assim, tal precariedade dificulta que a vigilância sanitária consolide um privilegiado espaço de comunicação e promoção da saúde que possui ao lidar com produtos e serviços presentes no cotidiano dos indivíduos e relacionados com suas necessidades básicas, além de estar inserida no âmbito das relações sociais e de consumo, que constituem grande parte da base dos problemas de saúde da população (ODWYER; TAVARES; SETA, 2007).

Souza e Costa (2010) chamam a atenção para outra dificuldade no trabalho das VISAs, onde ele ocorre em ambiente de tensão, instigada pela possibilidade de pressões e interferências externas sobre o resultado do trabalho, já que os relatórios emitidos pelos técnicos vão subsidiar a tomada de decisão, pelos gestores, o que pode contrariar interesses políticos e/ou econômicos.

Um estudo sobre a VISAT e os postos revendedores fluentes de Manaus, destacou a importância da VISA na fiscalização dos ambientes de trabalho em conjunto com CEREST,

sindicato, vigilância ambiental e academia, uma vez que a VISA é a única que detém o poder de polícia, o que muitas vezes é necessário para a efetiva intervenção nos ambientes de trabalho (CHAVES e SETA, 2020).

Penariol (2019) deflagrou as dificuldades encontradas no desenvolvimento de ações de saúde do trabalhador pela VISA em um município de médio porte. Tais dificuldades, inclusive, inviabilizaram uma intervenção efetiva, sendo as estas as que se destacaram: desmotivação por parte dos trabalhadores da VISA; a falta de objetivos claros sobre sua atuação; a deficiência na formação na área de saúde do trabalhador; o acesso extremamente restrito à internet; o precário ou inexistente trabalho em rede no município; a falta de interesse político em implementar a PNSTT; a impossibilidade de fiscalização e/ou notificações, interdições de determinados locais quanto às vistorias, em função de impedimentos ocasionados por interesses de grupos políticos.

A PNSTT, em seu artigo 13º e incisos, é clara quanto ao papel dos gestores na implantação da política, que perpassa pelas ações de vigilância sanitária e epidemiológica (BRASIL, 2012).

Neste sentido e até mesmo anteriormente a publicação da PNSTT, o Estado de Santa Catarina já possuía o entendimento do papel da VISA na saúde do trabalhador e consolidou tal compreensão em um documento intitulado “Detalhamento das ações de Vigilância Sanitária” e que traz as minúcias do que compete ao fiscal em uma Inspeção sanitária, relativamente à saúde do trabalhador. Resumidamente consiste em vistoriar as condições do ambiente de trabalho com relação à saúde dos trabalhadores (SANITÁRIA, 2011).

2.4 A ERGONOMIA E OS ASPECTOS ORGANIZACIONAIS (PSICOSSOCIAIS) DO TRABALHO

Nas primeiras décadas do século XXI o mundo do trabalho sofreu diversas transformações, em reflexo da reestruturação produtiva iniciada na década de 1970. Suas principais características foram o crescimento de formas de gerenciamento com vistas à flexibilização e precarização das condições de trabalho. Tal cenário formou a base para a Ergonomia da atividade aplicada à Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) (ALMEIDA e LIMA, 2019).

E uma análise etimológica da palavra Ergonomia, Ergo vem de trabalho e Nomos diz respeito à lei ou regra. Assim, seu conceito está relacionado a regras que permitem o melhor

desenvolvimento, conforto e satisfação no trabalho e, por conseguinte, a melhora da produtividade, com baixos índices de doenças ocupacionais (BERNARDO et. al., 2017).

A Ergonomia é: “O estudo do relacionamento entre o homem e o seu trabalho, equipamento e ambiente, e particularmente a aplicação dos conhecimentos de anatomia, fisiologia e psicologia na solução dos problemas surgidos desse relacionamento” (IIDA, 1998, p. 92).

Desta forma, a Ergonomia objetiva modificar os sistemas de trabalho para adequar a atividade nele existente às características, habilidades e limitações das pessoas com vistas ao seu desempenho eficiente, confortável e seguro (ABERGO, 2000).

A Norma Regulamentador nº 17 (NR 17), que trata sobre Ergonomia, traz explicitamente em seu texto que “A organização do trabalho deve ser adequada às características psicofisiológicas dos trabalhadores e a natureza do trabalho a ser executada” (BRASIL, 2007, p. 3). E ainda, no mínimo, essa organização do trabalho deve levar em consideração: “a) as normas de produção; b) o modo operatório; c) a exigência de tempo; d) a determinação do conteúdo de tempo; e) o ritmo de trabalho e f) o conteúdo das tarefas” (BRASIL, 2007, p. 3).

Gollac & Bodier (2011) consideram riscos psicossociais aqueles que afetam a saúde e que são criados pelo trabalho por meio de mecanismos sociais e psíquicos, como as condições de trabalho, fatores organizacionais e relacionais, com consequências na saúde mental, social e física dos trabalhadores. Assim, para considerar um risco no trabalho como psicossocial, sua origem deve ser de ordem psicológica e social, e sua manifestação pode ser de ordem psicológica, social e física.

Segundo Carlotto et. al. (2018), os aspectos organizacionais do trabalho são descritos sob diferentes nomenclaturas, tais como fatores psicossociais, fatores de riscos psicossociais, estressores e aspectos psicossociais. O autor conceitua tais riscos como aspectos do desenho do trabalho, da forma de gerenciamento e do contexto organizacional, com capacidade de causar danos à saúde e segurança no trabalho.

Sobre tais aspectos organizacionais de que trata a NR 17, Chiavenato (1997) afirma que para que o trabalhador consiga realizar suas atividades laborais de forma saudável, é necessário observar alguns aspectos: pressão para atingir meta; falta de autonomia; pouco ou nenhum apoio social da chefia ou colegas de trabalho; tarefa com pouco conteúdo ou ainda repetitiva; tempo pequeno ou ausente para pausa e diversos outros.

2.5 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE E A SAÚDE DO TRABALHADOR

O termo educação permanente apareceu pela primeira vez na França em 1955 e foi oficializado no ano seguinte em um documento do Ministro Educacional sobre o prolongamento da escolaridade obrigatória e a reforma do ensino público (LEMOS, 2016).

No Brasil a Educação Permanente em Saúde (EPS) passou a ter maior ênfase com a Constituição Federal de 1988, em seu artigo 200, onde demarca-se que “ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei, ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde” (BRASIL, 1988).

Somente em 2004 foi implantada a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), sob a responsabilidade de ordenação do Ministério da Saúde (LEMOS, 2016).

A EPS propõe a capacitação dos trabalhadores, aproveitando suas experiências do dia a dia como conteúdo de estudo e reflexão na transformação da prática cotidiana (CALDAS, 2018). Este enfoque aponta uma importante mudança na elaboração da capacitação dos trabalhadores e dos serviços, “colocando as pessoas como atores reflexivos da prática e construtores do conhecimento e de alternativas de ação, ao invés de receptores” (DAVINI, 2006, p. 44).

A complexidade das intervenções em saúde do trabalhador que, em linhas gerais, devem buscar a transformação dos processos produtivos, tornando-os promotores de saúde e não de adoecimento e morte, exige que os profissionais de saúde de toda a rede do SUS estejam capacitados e é neste contexto que a EPS toma corpo como ferramenta fundamental desta instrumentalização (FARIA et al., 2020).

Especificamente em relação aos profissionais que atuam nas VISAs, eles têm experimentado os efeitos da falta de prioridade destinadas à área nas políticas de saúde, mas também os avanços recentes que favoreceram o estabelecimento de processos de formação e qualificação que afirmam sua identidade profissional e lhes municiam com conhecimentos técnico-científicos imprescindíveis às práticas regulatórias, especialmente complexas no âmbito das relações sociais produção-consumo, principal espaço de sua atuação (ODWYER; TAVARES; SETA, 2007).

Uma forma de operacionalizar a EPS é, certamente, através do apoio matricial ou matriciamento. Consiste em um arranjo organizacional e em uma metodologia de compartilhamento de saberes que viabiliza o suporte técnico pedagógico, garantindo retaguarda especializada para as equipes “da ponta”, responsáveis pelo desenvolvimento de ações para a população sob seu cuidado. Seu principal objetivo é ampliar o campo de atuação e qualificar as

ações dos profissionais dessas equipes, contribuindo para o aumento da capacidade resolutiva das mesmas (LAZARINO; SILVA; DIAS, 2019).

3 JUSTIFICATIVA

A saúde do trabalhador e as ações de VISAT residem em dois polos que parecem não se cruzar: de um lado estão os diversos dispositivos legais que, em tese, subsidiariam as ações na área e, em outro, dados epidemiológicos alarmantes de doenças e acidentes de trabalho, que colocam o Brasil em 4º lugar no ranking mundial de acidentes fatais provenientes do trabalho (COSTA et al., 2013).

Não alheio a esta realidade, Vianna (2017) aponta para a necessidade de se efetivar as ações de VISAT, com vistas à promoção e prevenção à saúde dos trabalhadores, intervindo nos agravos e nos processos produtivos. Amorim (2017), da mesma forma, reforça que a intervenção relacionada a estes processos deve ser articulada com os diversos serviços de atenção do SUS, em especial as vigilâncias sanitárias, epidemiológica e ambiental, tendo o CEREST como apoio técnico especializado.

Alguns estudos (COSTA et al, 2013; DIAS e HOEFEL, 2005; LIMONJI, 2017) apontam para a escassez de capacitações em saúde do trabalhador para os profissionais da rede do SUS.

O CEREST Estadual, cumprindo seu papel de estruturador e articulador da RENAST, promove, desde 2005, capacitações em saúde do trabalhador para os fiscais sanitários de todos os municípios catarinenses, com o objetivo de fornecer a eles subsídios técnicos para atuação nos ambientes de trabalho. Assim, as VISA municipais poderiam assumir a responsabilidade da execução das ações na área, através das pactuações, realizando-as de forma segura e efetiva (PINHEIRO, 2020).

Embora reconhecendo a importância desta iniciativa, não foi identificada uma avaliação das ações de VISAT realizadas, se elas estão correspondendo ao número de ações pactuadas e se as capacitações oferecidas, na percepção dos fiscais, estão os preparando tecnicamente para a efetiva atuação nas ações de VISAT.

Esta intervenção dos fiscais nos ambientes de trabalho com potencial para adoecer e/ou acidentar os trabalhadores constitui ação preventiva, capaz de minimizar os danos físicos, psicológicos e financeiros, na medida que pode evitar que a ocorrência de novas doenças e acidentes.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar as ações de VISAT realizadas pelas VISAs de Santa Catarina e verificar a percepção dos fiscais a respeito do preparo técnico para a efetiva atuação.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Levantar o quantitativo das ações de VISAT pactuadas pelas VISAs de Santa Catarina;

Identificar o quantitativo de ações de VISAT realizadas pelas VISAs de Santa Catarina;

Analisar a relação entre o número de ações de VISAT pactuadas (entre a VISA Estadual com as VISAS municipais) com o número de ações realizadas no ano de 2018;

Verificar se os fiscais tiveram dificuldades para a execução das ações de VISAT nos municípios;

Identificar as principais dificuldades encontradas pelos fiscais relacionam-se às questões organizacionais relacionadas ao trabalho;

Identificar quantas e quais os tipos de capacitações relacionadas à temática que os fiscais participaram;

Verificar se os fiscais consideram que as capacitações em VISAT fornecem subsídios técnicos para a execução das ações;

Analisar a relação entre o número de ações de VISAT realizadas com o número de capacitações recebidas.

5 HIPÓTESES

A maioria das VISAs municipais não pactuou, em média, cinco ações de VISAT por mês;

A maioria das VISAs municipais não realizou, em média, cinco ações de VISAT por mês;

A maioria das VISAs municipais realizou, minimamente, o número de ações de VISAT pactuadas;

A maioria dos fiscais tem dificuldades na execução das ações de VISAT nos municípios;

As principais dificuldades encontradas pelos fiscais relacionam-se às questões organizacionais relacionadas ao trabalho;

A maioria dos fiscais sanitaristas de Santa Catarina não possui capacitação na área de saúde do trabalhador e, daqueles que possuem, a maioria recebeu apenas o curso básico de vigilância em saúde do trabalhador;

A maioria dos fiscais sanitaristas considera que as capacitações em VISAT fornecem subsídios técnicos para a execução das ações;

Quanto mais capacitações de VISAT recebidas, maior é o número de ações de VISAT realizadas.

6 MATERIAIS E MÉTODOS

6.1 DESENHO DO ESTUDO

Transversal quantitativo.

6.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido nas VISAs de 134 municípios de Santa Catarina.

6.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA EM ESTUDO

A população em estudo foi constituída por 733 fiscais sanitaristas, conforme lista fornecida pela Diretoria de Vigilância Sanitária de Santa Catarina (DIVS-SC). A amostra compôs-se por conveniência e totalizou 257 dos fiscais, distribuídos em 134 municípios. O cálculo amostral demonstrou que para haver nível de confiança de 95% e margem de erro de 5% haveria necessidade de 253 questionários respondidos.

6.3.1 Critérios de Inclusão

Fiscais sanitaristas das VISAs dos municípios de Santa Catarina.

6.3.2 Critérios de Exclusão

Os fiscais sanitaristas que estavam de licença de qualquer natureza ou que não aceitaram participar da pesquisa.

6.4 VARIÁVEIS

6.4.1 Dependente

As ações de VISAT realizadas pelos fiscais das vigilâncias sanitárias de Santa Catarina.

6.4.2 Independentes

- Sociodemográficas:
 - Idade dos fiscais;
 - Sexo.

- Em relação ao trabalho:
 - Tempo de trabalho como fiscal sanitarista;
 - Número de fiscais sanitaristas em cada VISA municipal;
 - Aspectos organizacionais relacionados ao trabalho dos fiscais nas VISAs.

- Capacitações:
 - Número de capacitações em VISAT recebidas pelos fiscais;
 - Quais os tipos de capacitações que os fiscais participaram;
 - Avaliação dos fiscais acerca da qualidade das capacitações em VISAT.

- Execução das ações:
 - Número de ações de VISAT pactuadas por município;
 - Número de ações de VISAT realizadas por município;
 - Existência de dificuldades para a realização das ações de VISAT;
 - Principais dificuldades encontradas para a realização das ações de VISAT.

6.5 COLETA DE DADOS

6.5.1 Instrumentos para coleta dos dados

Este estudo contou com três instrumentos de coleta de dados:

- Sistema Pharos, que é uma ferramenta on-line que atua como um banco de dados único e integrado de Santa Catarina, acessado e alimentado por todas as unidades das VISAs municipais, regionais de saúde e pela DIVS;
- Questionário estruturado e autoaplicável (Apêndice B): este instrumento foi utilizado para avaliar a percepção dos fiscais a respeito do preparo técnico para a atuação na área, bem como as demais variáveis que podem estar envolvidas na realização, ou não, das ações de VISAT;

- Entrevista semiestruturada com a Gerente do CEREST Estadual de Santa Catarina (Apêndice C), que teve como objetivo resgatar informações a respeito das ações de VISAT oferecidas aos fiscais do Estado, como data de início, temáticas, objetivos, número de participantes, estrutura dos cursos, entre outras.

6.5.2 Procedimentos e logística

O Projeto de Pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC) sob o número do parecer 3.889.200 (Anexo A).

A coleta de dados teve início em 01/04/2020, com o envio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE (Apêndice A) e do questionário do Google Formulários® aos e-mails dos 733 fiscais sanitaristas que constavam na lista fornecida pela DIVS – SC e reenviados duas vezes àqueles que ainda não haviam respondido. Ao final obteve-se o retorno de 265 questionários. Destes, foram excluídos 08 que estavam em branco, pois o TCLE não havia sido assinado. Desta forma, chegou-se ao número de questionários que compuseram a amostra desta pesquisa.

Após o retorno dos questionários foi acessado o sistema Pharos, através de uma senha fornecida à pesquisadora pela DIVS. Foram coletados os dados de ações programadas (pactuadas) e executadas de VISAT, no ano de 2018, dos 134 municípios catarinenses que tiveram pelo menos um questionário respondido.

Embora o projeto inicial tenha previsto a coleta de dados dos anos de 2016, 2017 e 2018, somente este último foi alvo de análise, tendo em vista da escassez de informações nos dois primeiros anos, com a maioria dos municípios sem quaisquer registros das atividades em VISAT. No ano de 2018 havia alguns municípios sem registro, porém em quantidade menor que nos anos anteriores.

6.6 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram tabulados e analisados com auxílio do programa IBM Statistical Package for Social Sciences, versão 20.0 (SPSS, Inc., Chicago, IL, USA). As variáveis categóricas foram expressas como frequência absoluta e relativa. As variáveis numéricas foram expressas como média e desvio padrão e mediana.

Para verificar a associação entre as variáveis categóricas (número de ações de VISAT pactuadas e o número de ações realizadas; o número de capacitações recebidas e o

número de ações realizadas) foi utilizado o Coeficiente de Correlação de Pearson, com nível de significância considerado de 5%.

Nas tabelas 2, 7 e 8 os municípios foram agrupados por regionais, segundo a distribuição constante no site www.sef.sc.gov.br.

6.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A DIVS concordou com os termos desta pesquisa, na medida em que assinou a carta de aceite. Logo após o projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Do Extremo Sul Catarinense, do qual obteve aprovação. Participaram da pesquisa apenas os fiscais que aceitaram os termos propostos e assinaram o TCLE.

6.7.1 Riscos e benefícios

A pesquisa apresentou riscos mínimos que envolvem aspectos que possam apresentar-se relacionados ao conteúdo de informações a serem levantadas. Tais possibilidades, embora muito remotas, apresentam uma baixa chance de intercorrência. Todas as medidas necessárias para suprimir ainda mais tais possibilidades foram adotadas, a exemplo da padronização metodologicamente estabelecida na literatura. Vale ressaltar que o nome dos fiscais não constou nos questionários, o que minimizou ainda mais os riscos.

No processo de análise e apresentação dos dados não foram evidenciados os resultados por município, uma vez que há diversos deles que possuem apenas um fiscal sanitário, o que possibilitaria o reconhecimento do autor da resposta.

Quanto aos benefícios, ao avaliar as ações de VISAT realizadas pelos fiscais, nos termos descritos nesse projeto, poderá ser dimensionada além do número de ações, a efetividade das capacitações oferecidas e as possíveis dificuldades encontradas pelos fiscais na execução de tais ações.

Desta forma, este estudo também pode servir como ferramenta para que o CEREST Estadual, as próprias VISA e demais órgãos públicos realizem planejamento na área. Outros Estados brasileiros também poderão se valer desta pesquisa para iniciativas similares.

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A saúde é considerada um direito fundamental para que se tenha uma vida digna, produtiva e com qualidade e por isto deve ser compreendida como um investimento coletivo. Para tanto, cabe ao Estado zelar pelos interesses coletivos, intervindo de forma a regular atividades particulares quando estas oferecerem risco à saúde pública. Muitos ambientes de trabalho oferecem riscos à saúde dos trabalhadores, o que torna a fiscalização destes ambientes fundamentais, constituindo parte das atribuições das VISAs. Para tanto, os fiscais sanitaristas devem estar capacitados e possuir condições objetivas de trabalho.

Os resultados que serão apresentados e discutidos na sequência caminham no sentido de aprofundar a interlocução da saúde do trabalhador com as VISAs de Santa Catarina. A tabela 1 apresenta os dados demográficos dos fiscais sanitaristas:

Tabela 1. Dados sociodemográficos dos fiscais sanitaristas

| | Média ± DP, Mediana (Mín-Máx), n(%) n=257 |
|--|---|
| Idade (anos) | 40,90 ± 9,82 |
| Tempo de trabalho como fiscal sanitарista (anos) | 5,0 (1,0 – 35,0) |
| Número de fiscais na vigilância sanitária | 3,0 (1,0 – 65,0) |
| Sexo | |
| Feminino | 152 (59,1) |
| Masculino | 105 (40,9) |
| Credencial no período de validade | |
| Sim | 211 (82,1) |
| Não | 46 (17,9) |

Fonte: Dados da pesquisa (2020)

A média de idade fiscais sanitaristas foi de 40,9 anos. A moda aponta que a idade mais frequente foi de 37 anos, com 19 fiscais nesta idade. A maioria, 59,1%, é do sexo feminino.

Quanto ao tempo de trabalho como fiscal, a mediana foi de 5 anos, sendo que os valores variaram de 1 a 35 anos. Neste caso a moda foi o mesmo valor, com 31 fiscais com 5 anos de atuação na área.

A maioria dos fiscais estava com seu credenciamento no período de validade. Todos os anos este documento precisa ser revalidado pela DIVS, mesmo os fiscais tendo seus vínculos

municipais. Esta pergunta foi incluída no questionário pois, no contato com fiscais em cursos e em vistorias, o atraso da DIVS na renovação do credenciamento foi reclamação constante. Tendo em vista que a credencial habilita o fiscal a emitir autos de intimação, infração, imposição de penalidade, que são seus instrumentos de trabalho, é importante que não esteja com a validade expirada.

O número de fiscais nas VISAs apresentou como mediana o valor de 3, num intervalo de 1 até 65 fiscais. Se for considerada a moda desta informação ao invés da mediana, o número que mais aparece é 1 (com 52 respostas), seguido de 2 (47 respostas). Isto significa que 99 fiscais responderam que em seu município há somente 1 ou 2 fiscais sanitaristas, o que representa um percentual de 38,5.

Este dado torna-se ainda mais relevante quando se verifica que 210 fiscais (81,7%) responderam que possuem dificuldades em executar as ações de VISAT. Destes, 134 registraram que há poucos fiscais para a demanda e 144 afirmaram que executar ações em diversas áreas constitui uma dificuldade, que será mais amplamente discutida na apresentação da tabela 6.

Sobre a execução de atividades em diversas áreas, Silva et. al (2018) destacam que no Brasil estão sob os cuidados da VISA os alimentos, medicamentos, produtos médico-hospitalares, odontológicos e laboratoriais; saneantes, serviços de saúde e relacionados à saúde; controle sanitário dos produtos do tabaco, entre outros. Este dado vai ao encontro da resposta da maioria dos fiscais que entendem que a sua atuação em diversas áreas constitui dificuldade para que as ações de VISAT sejam plenamente executadas.

Melo (2020) descreve que em Fortaleza a saúde do trabalhador não está inserida na VISA, mas sim numa estrutura diretamente subordinada à Secretaria de Saúde. Talvez este modelo de estrutura seja um facilitador na execução das ações de VISAT, na medida em que não ficariam pulverizadas entre todas as demais ações que já são de responsabilidade das VISAs.

Nesta esteira, Silva et al. (2020), ao avaliarem a descentralização das práticas de Vigilância Sanitária do município de Olinda - PE, através de questionários autoaplicáveis aos agentes envolvidos neste processo, verificaram que 60% dos participantes consideraram a vigilância em ambientes de trabalho com vistas à proteção da saúde do trabalhador como implantada (60%). Outros 35% afirmaram que a vigilância está parcialmente implantada, em fase de organização. O que chama a atenção neste resultado é que a saúde do trabalhador, embora estando inserida na VISA, possui setor e agentes de fiscalização exclusivos para a área, o que pode constituir fator facilitador para a execução das ações de VISAT.

Ao agrupar os municípios participantes da pesquisa em regionais, a que obteve a maior participação foi a de Chapecó, com 17,5% da amostra. A regional de Lages obteve a menor participação, representando 3,5% das respostas (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição das respostas por regionais de Santa Catarina

| Regionais | n(%) n=257 |
|---------------|---------------|
| Chapecó | 45 (17,5) |
| Joaçaba | 42 (16,3) |
| Criciúma | 40 (15,6) |
| Florianópolis | 31 (12,1) |
| Tubarão | 26 (10,1) |
| Itajaí | 22 (8,6) |
| Joinville | 19 (7,4) |
| Mafra | 13 (5,0) |
| Blumenau | 10 (3,9) |
| Lages | 9 (3,5) |

Fonte: Dados da pesquisa (2020)

A tabela 3 traz os 12 municípios com maior participação na pesquisa, sendo que Florianópolis obteve a maior participação, com 16 respostas, o que representou 6,2% da amostra.

Tabela 3. Municípios mais prevalentes

| Municípios | n(%) n=257 |
|------------------|---------------|
| Florianópolis | 16 (6,2) |
| Criciúma | 8 (3,1) |
| São José | 8 (3,1) |
| Joaçaba | 7 (2,7) |
| Blumenau | 6 (2,5) |
| Caçador | 6 (2,5) |
| Içara | 5 (1,9) |
| Maravilha | 5 (1,9) |
| Araquari | 4 (1,6) |
| Braço do Norte | 4 (1,6) |
| São Bento do Sul | 4 (1,6) |
| Videira | 4 (1,6) |

Fonte: Dados da pesquisa (2020)

Ao verificar o número de fiscais que cada município possui, dos 134 municípios participantes da pesquisa, em 62 deles (46,27%) obteve-se a participação de 100%, ou seja,

todos os fiscais daquele município responderam ao questionário. Dos municípios listados na tabela 3, apenas Içara e Maravilha tiveram participação de todos os fiscais.

A tabela 4 apresenta os dados obtidos a respeito das capacitações em saúde do trabalhador e a participação dos fiscais:

Tabela 4. Capacitações em Saúde do Trabalhador

| Capacitações | Mediana (Mín-Máx), n(%) n=257 |
|---|-------------------------------------|
| Participou de capacitações em saúde do trabalhador | |
| Sim | 171 (66,5) |
| Não | 86 (33,5) |
| Número de capacitações | 1,0 (1,0 – 20,0) |
| Capacitações que participou | |
| Ações básicas de VISAT | 152 (59,1) |
| Ações básicas de fiscalização em postos de combustíveis | 35 (13,6) |
| Análise de documentos de saúde e segurança | 18 (7,0) |
| Normas regulamentadoras | 36 (14,0) |
| Ergonomia | 15 (5,8) |
| Outras | 23 (8,9) |
| Necessidades de mais capacitações | |
| Não sente necessidade de mais alguma | 3 (1,2) |
| Ações básicas de VISAT | 66 (25,7) |
| Ações básicas de fiscalização em postos de combustíveis | 42 (16,3) |
| Análise de documentos de saúde e segurança | 58 (22,6) |
| Normas regulamentadoras | 62 (24,1) |
| Ergonomia | 44 (17,1) |
| Outras | 0 (0,0) |

Fonte: Dados da pesquisa (2020)

A maioria dos fiscais, 66,3%, já participou de pelo menos uma capacitação em saúde do trabalhador. O CEREST Estadual de SC promoveu, ao longo dos últimos 15 anos diversas capacitações, inclusive com a saúde do trabalhador tendo feito parte do conteúdo básico do curso para a formação dos fiscais sanitários do Estado de 2005 até 2009. Tal curso de formação era constituído por 5 módulos, com um deles exclusivo para a saúde do trabalhador. Após esta data, a estrutura do curso de formação foi modificada e a temática de saúde do trabalhador ainda faz parte do conteúdo programático, porém não mais em um módulo específico com era até 2009 (PINHEIRO, 2020).

Porém, o CEREST Estadual continuou promovendo anualmente o Curso de Ações Básicas de VISAT para os fiscais que ainda não o possuíam ou que desejavam realizar uma reciclagem. Merece destaque que 59,1% dos fiscais (Tabela 4) já participaram deste curso.

Diante destes resultados, a sexta hipótese desta pesquisa foi confirmada de forma parcial, ao afirmar que a maioria dos fiscais recebeu apenas o curso básico de vigilância em saúde do trabalhador. Porém, não se pode reiterar a primeira parte da hipótese, onde afirmou-se que a maioria dos fiscais não possuía capacitação na área de saúde do trabalhador.

Não foram encontrados estudos que evidenciaram um processo de formação de fiscais sanitaristas semelhantes a este, que inclui a temática de saúde do trabalhador de forma obrigatória para o credenciamento. Desta forma, Santa Catarina, através da DIVS, a qual inclui o CEREST Estadual, é pioneira na inclusão da saúde do trabalhador na formação dos fiscais.

O entendimento de que as VISAs possuem papel fundamental na ST, especificamente nas intervenções no ambiente de trabalho, está presente desde a Lei 8080/90, também conhecida como Lei do SUS, que afirma em seu artigo 6º parágrafo 3º:

Entende-se por Saúde do Trabalhador, para fins desta lei, um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho...” (BRASIL, 1990, p.3)

O conceito acima põe em evidência que as ações de VISA integram a saúde do trabalhador. Sendo assim, parece haver marcada necessidade de que os fiscais recebam subsídios técnicos suficientes e adequados para a execução das ações de saúde do trabalhador. Fonseca (2019) destaca como um desafio da área o conhecimento dos riscos e danos à saúde que possuem relação com o trabalho, o que considera fundamental para o planejamento das ações de vigilância e de intervenção nos ambientes de trabalho.

Estudo realizado em Itaberaba – BA observou que os profissionais das vigilâncias municipais passaram a incorporar a saúde do trabalhador no seu dia a dia de trabalho após processo gradual e contínuo de capacitação (CARDOSO; FERREIRA-DE-SOUSA, 2016).

A PNSTT reconhece como uma estratégia a “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 (BRASIL, 2012, p.6).”

Mesmo antes da PNSTT ser implantada, o Estado de Santa Catarina já possuía um documento intitulado “Detalhamento das ações de Vigilância Sanitária”, com o objetivo de

especificar a temática, trazendo as minúcias do que compete ao fiscal em uma inspeção sanitária de VISAT, que pode ser resumida em vistoriar as condições do ambiente de trabalho com relação à saúde dos trabalhadores (SANITÁRIA, 2011).

O município de Campinas-SP passou por um processo de descentralização das vigilâncias para os distritos sanitários. Os profissionais destes distritos relataram o aumento da capacidade da intervenção em VISAT quando técnicos com formação específica em saúde do trabalhador passaram a integrar a equipe e auxiliarem também nas capacitações (BALISTA; SANTIAGO; FILHO, 2011). Tal constatação reitera a importância do conhecimento específico em saúde do trabalhador.

Dos 171 fiscais que afirmaram já ter recebido alguma capacitação, 100 deles participaram de apenas uma. Se forem considerados os 38 fiscais que participaram de somente duas, temos 138 deles com um baixo número de participações, tendo em vista a complexidade dos processos e ambientes de trabalho existentes.

Limongi et al (2017) verificaram, ao estudar a estrutura e os processos da vigilância em saúde em municípios mineiros, que um dos fatores que dificulta o desenvolvimento das ações de VISAT é a falta de profissionais capacitados em saúde do trabalhador. Diante deste cenário, da importância das capacitações, o fato de 33,6% dos fiscais (Tabela 4) não terem recebido nenhuma capacitação na área não pode ser desprezado, embora não tenha constituído a maioria das respostas.

A respeito das ações de VISAT pactuadas pelos municípios com a DIVS, a presente pesquisa lançou como hipótese que a maioria das VISAs municipais não pactuou, em média, cinco ações de VISAT por mês, sendo que foi corroborada, tendo em vista que nenhum município obteve este número de pactuação.

Em relação a segunda hipótese, de que a maioria das VISAs municipais não realizou, em média, cinco ações de VISAT por mês também foi corroborada: dos 134 municípios participantes, 123 não realizaram a média de cinco ações/mês.

Alguns agentes de risco possuem mais potencial adoeedor que outros e, desta forma, merecem destaque nos projetos de capacitações, para que possam fornecer subsídios aos fiscais que realizarem as ações de VISAT em ambientes que tais riscos estejam presentes.

É neste contexto que se destaca a capacitação de Ações Básicas de Fiscalização em Postos de Combustíveis, pela relevância no contexto da saúde coletiva, mas que teve pequena participação dos fiscais (13,6%):

Os Postos de Revenda de Combustíveis (PRC), comercializam gasolina comum e aditivada, etanol, óleo diesel e alguns deles também o gás natural veicular. Pode-se destacar os

riscos ambientais decorrentes dos vapores dos combustíveis líquidos que contém diversos compostos químicos, dentre eles o benzeno (CONCEIÇÃO et al., 2019).

Em 1982 o benzeno foi reconhecido como carcinogênico pela *International Agency For Research on Cancer* – IARC, órgão da Organização Mundial da Saúde-OMS. Este fato desencadeou as iniciativas para o uso e consumo desta substância (MOURA-CORREA et al., 2017). Ele se destaca por seu alto efeito tóxico e por não haver concentração segura para a exposição humana (MACIEL et al., 2019).

A exposição constante a doses importantes do benzeno em humanos causa uma série de complicações como benzenismo, cuja sintomatologia está intimamente relacionada à carcinogênese, danos no sistema hematopoiético e neurológico, além de lesão no tecido medular (MACIEL et al., 2019).

Tanto pelo potencial carcinogênico, quanto pelo número expressivo de trabalhadores de PRC no Brasil (o censo de 2010 registrou 184.733 frentistas, distribuídos em 39.450 PRC, em todo o país), a exposição ocupacional ao benzeno em PRC é um problema de saúde pública e os seus trabalhadores constituem grupo de risco importante, sendo eles gerentes de postos, lubrificadores, lavadores de carros, trabalhadores de lojas de conveniência e frentistas, embora ainda pouco estudados no Brasil (GIARDINI et al., 2017; MOURA-CORREA et al., 2017).

Diante deste cenário, em 2009 foi constituída a rede de VISAT em PRC, que teve como prioridade, entre um rol de ações, a inspeção nos ambientes de trabalho em seis estados, entre eles Santa Catarina (MOURA-CORREA et al., 2017).

Para as inspeções no estado de Santa Catarina foi utilizado o instrumento chamado de Roteiro de Inspeção Sanitária de Ambientes e Processos de Trabalho, produzido pelo CEREST Estadual da Bahia. Porém, antes da aplicação do Roteiro, houve sua validação e a capacitação das equipes técnicas do SUS (entre eles os fiscais sanitaristas) e de representantes sindicais (MOURA-CORREA et al., 2017).

Neste sentido, pode-se dimensionar a importância das capacitações em ações básicas de fiscalização em postos de combustíveis ofertadas aos fiscais sanitaristas do Estado. Este curso foi disponibilizado 05 vezes no período de 2010 a 2013, com 193 fiscais capacitados e a baixa participação apontada pelas respostas causou certa estranheza (PINHEIRO, 2020). Infere-se que tal resultado possa dever-se, em parte, ao fato de que importante parcela dos fiscais capacitados não tenha feito parte da amostra e/ou à rotatividade comum entre os trabalhadores do SUS, o que pode incluir também os fiscais sanitaristas.

As capacitações específicas de análise de documentos de saúde e segurança e normas regulamentadoras obtiveram participação ainda menor dos fiscais, de 7 e 14%, respectivamente. Importante ressaltar que o aprofundamento nestes temas forneceria ainda mais subsídios técnicos para os fiscais nas ações de VISAT, uma vez que as NRs são de implementação obrigatória por parte das empresas privadas e que os documentos de saúde e segurança contém informações importantes a respeito do ambiente de trabalho.

Em relação às capacitações de Ergonomia, a participação foi de 5,8%. Ressalta-se que embora o tema aborde questões fundamentais do ambiente de trabalho, tais como as questões antropométricas e os aspectos psicossociais, este não é um curso oferecido pelo CEREST Estadual periodicamente, ao contrário das Ações Básicas de VISAT e de Postos de Combustíveis. Este fato pode ter constituído um dos motivos da baixa participação.

A Tabela 4 mostra que 33,5 %, ou seja, praticamente 1/3 da amostra não participou de nenhuma capacitação em saúde do trabalhador. Este dado suscita diversas reflexões acerca dos motivos que podem levar os fiscais a não participarem, mesmo quando lhes são oferecidas oportunidades: a distância de muitos municípios até Florianópolis; os municípios que possuem apenas um fiscal podem ter dificuldade em deixar a VISA por vários dias consecutivos; falta de liberação das chefias; ausência de recursos para traslado, alimentação, entre outros fatores. Uma alternativa plausível para o aumento da participação é o sistema de ensino à distância, que tem sido largamente difundido em tempos da pandemia da COVID-19.

Quanto a necessidade de mais temas para as capacitações todas as alternativas foram assinaladas, com destaque para Ações Básicas de VISAT, NRs e Análise de documentos de saúde e segurança, com 25,7, 24,1 e 22,6% de respostas, respectivamente. Este resultado vai ao encontro do estudo desenvolvido por Oliveira, Santos e Jardim (2019) que avaliaram a eficácia e satisfação de treinamento de equipe técnica da vigilância sanitária de Uberlândia-MG. A maioria dos participantes do minicurso ofertado sugeriu aplicação de outros treinamentos sobre diversos assuntos importantes e necessários. Foi ressaltada a escassez de treinamento para os fiscais de Uberlândia e que isto interfere diretamente nas fiscalizações. No estudo em tela, somente 3 fiscais entenderam que não há necessidade de mais capacitações.

A próxima tabela apresenta os resultados obtidos referentes a qualidade das capacitações recebidas pelos fiscais:

Tabela 5. Distribuição dos dados da qualidade das capacitações em saúde do trabalhador

| Capacitações em saúde do trabalhador | n(%) |
|--|------------|
| | n=171 |
| Forneceram subsídios suficientes para a execução | |
| Em parte | 105 (61,4) |
| Sim | 42 (24,6) |
| Não | 24 (14,0) |
| Forneceram subsídios adequados para a execução | |
| Em parte | 101 (59,1) |
| Sim | 48 (28,1) |
| Não | 22 (12,9) |
| Possuíam clarezas quanto ao conteúdo | |
| Em parte | 45 (26,3) |
| Sim | 117 (68,4) |
| Não | 9 (5,3) |
| Possuíam metodologia adequada ao aprendizado | |
| Em parte | 50 (29,2) |
| Sim | 108 (42,0) |
| Não | 13 (5,1) |

Fonte: Dados da pesquisa (2020)

A maioria dos fiscais considerou que as capacitações ofereceram, em parte, subsídios técnicos suficientes e adequados para a execução das ações de VISAT, 61,4 e 59,1%, respectivamente. Os que responderam “sim” para ambas as perguntas foram 24,6 e 28,1%. A hipótese de pesquisa relacionada a esta questão não pode ser confirmada, na medida em que afirmava que a maioria dos fiscais sanitaristas considera que as capacitações em VISAT forneceram subsídios técnicos para a execução das ações.

Porém, a maioria dos participantes avaliou que as capacitações possuíam clareza quanto ao conteúdo e que sua metodologia foi adequada para o aprendizado, apontando, de certa forma, uma contradição com as respostas anteriores. Na sequência, a tabela 6 apresenta os dados relativos à execução das ações de VISAT.

Tabela 6. Distribuição dos dados quanto a execução das ações de VISAT

| Execução das ações de VISAT | n(%) n=257 |
|-------------------------------------|---------------|
| Desenvolvimento das ações | |
| Não são desenvolvidas | 67 (26,1) |
| Ações de rotina com planejamento | 23 (8,9) |
| Ações sob demandas de órgão externo | 84 (32,7) |
| Ações de rotina e sob demandas | 50 (19,5) |
| Outras ações | 17 (6,6) |
| Dificuldades | |
| Sim | 210 (81,7) |
| Não | 47 (18,3) |
| Principais dificuldades | |
| Ausência de capacitação na área | 80 (31,1) |
| Poucas capacitações | 93 (36,2) |
| Poucos fiscais para a demanda | 134 (52,1) |
| Executar ações em diversas áreas | 144 (56,0) |
| Interferência política | 65 (25,3) |
| Meta por produtividade | 12 (4,7) |
| Apoio das chefias | 52 (20,2) |
| Falta de infraestrutura | 40 (15,6) |
| Outras | 9 (3,5) |

Fonte: Dados da pesquisa (2020)

Ao serem questionados sobre como as ações de VISAT são desenvolvidas, 32,7% dos fiscais responderam que são realizadas quando há demanda de órgãos externos. Importante ressaltar que não se trata de ações conjuntas, com o envolvimento de vários órgãos, mas sim de quem demanda a ação.

Isto é diferente do que afirmaram Chaves e Seta (2020) em seu estudo sobre VISAT em postos revendedores flutuantes de Manaus-AM. Nele foi destacada a importância da VISA nas ações conjuntas com os demais órgãos, como CERESTs, sindicatos e universidades, pois os fiscais sanitaristas detêm o poder de polícia que, somado às especificidades dos demais órgãos, pode ter um caráter efetivamente transformador nos ambientes de trabalho. Neste mesmo caminho De Seta et al. (2017) constataram que as VISAs, para as ações de VISAT, necessitam de forte articulação intersetorial para a efetividade de suas ações.

Maturino, Fernandes e Rêgo (2018) reforçam a necessidade desta articulação, demonstrando que nas orientações técnicas para ações de VISAT, há referência da integração com outros setores da Vigilância em Saúde (Vigilância Sanitária, Epidemiológica e Ambiental), além de setores como Meio Ambiente, Agricultura, Ministério Público, dentre outros. Este estudo que descreve a atuação do SUS na vigilância de ambientes de trabalho, através do Centro

Estadual de Referência em ST da Bahia, demonstrou a dificuldade em desenvolver essas ações interinstitucionais, pois os resultados apresentados evidenciaram a efetividade de parceria somente com o Ministério Público do Trabalho.

Outro resultado importante a ser destacado são os 26,1% que não realizam ações de VISAT. Embora não tenha sido a maioria, sabe-se da necessidade do poder de polícia administrativa para a efetivação das ações. As VISAs integram o SUS por determinação constitucional e tem por obrigação intervir sobre os riscos à saúde da população, sejam eles decorrentes do meio ambiente ou do processo de produção, comercialização e consumo de bens, assim como da prestação de serviços de interesse sanitário (ODWYER; TAVARES; SETA, 2007)

No estudo de Chaves e Seta (2020), há reiteração da importância da VISA municipal nas inspeções de ambientes, processos e condições de trabalho, já que ela é a autoridade sanitária competente para fiscalização de todos os estabelecimentos sob sua jurisdição. Esse serviço se responsabiliza tanto pela atuação em serviços passíveis de licenciamento sanitário anual, quanto nos ambientes de trabalho em geral, isentos da obrigatoriedade da Licença Sanitária, mas que podem ser vistoriados em função de denúncias, motivação por dados epidemiológicos ou demandas de outros órgãos.

Sobre o desenvolvimento das ações de VISAT pelos municípios, há que se levar em consideração que

O enfrentamento, especialmente no nível local, com os setores econômico-produtivos, criando desconfortos entre a gestão pública e os financiadores das campanhas eleitorais, é outra delas. Considerando que as ações de vigilância são a essência da capacidade transformadora da ST, especialmente no nível local, é factível vislumbrar os entraves para o seu desenvolvimento (AGUIAR; VASCONCELLOS, 2015, p.838).

A Instrução Normativa de VISAT, no SUS, que atualmente consta no anexo LXXIX, da Portaria de Consolidação nº 1, teve estrutural contribuição na organização da vigilância e demais ações nos serviços de saúde do trabalhador nas diversas esferas de gestão do SUS. Em relação às ações de VISA, a portaria reafirma a inspeção sanitária em saúde do trabalhador. Aponta, também, diretrizes quanto à necessidade de observância das normas e legislações que regulamentam as relações saúde-trabalho, de qualquer origem, especialmente na esfera da saúde, do trabalho, da previdência, do meio ambiente e acordos e convenções internacionais ratificadas pelo Brasil. Destaca ainda, a relevância dos aspectos passíveis de causar danos à saúde, por meio de observação direta ou por questões referidas, a partir de instrumentos administrativos já utilizados pelas áreas de Vigilância/Fiscalização Sanitária, tais

como os Termos de Visita, Notificação, Intimação, Auto de Infração, entre outros (BRASIL, 2017).

A Portaria nº 2728 de novembro de 2009, que dispõe sobre a RENAST, apresenta em seu anexo III as funções das Secretarias Municipais de Saúde na gestão da saúde do trabalhador. No inciso VII está explícita a obrigação de executar ações de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental (BRASIL, 2009).

O documento que trata das diretrizes para a implantação da Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS reafirma a necessidade de haver profissionais de vigilância atribuídos de autoridades sanitárias, de forma a concretizar as inspeções nos ambientes de trabalho (BRASIL, 2014).

De forma mais específica, a Portaria nº 1.565, em seu art. 3º, parágrafo único, inclui, necessariamente, entre outras “[...] as ações destinadas à promoção e proteção da saúde do trabalhador submetido aos riscos e agravos advindos dos processos e ambiente de trabalho” (BRASIL, 1994, p.2).

Porém, na contramão da consolidação das ações de saúde do trabalhador no SUS, vê-se uma timidez nas ações de vigilância, uma vez que os CERESTs não possuem autoridade sanitária, impossibilitando a intervenção direta em processos produtivos e ambientes de trabalho. Assim, vê-se CERESTs sem margem de ação suficiente, pois dependem de outras instâncias que não tem a prevenção aos riscos provenientes do trabalho como o centro e o foco de seus planejamentos. (COSTA; ET. AL, 2013). A escassez de planejamento nas VISAs em relação a saúde do trabalhador foi reiterada pelo resultado desta pesquisa, onde apenas 8,9% desenvolvem as ações de VISAT em sua rotina, com planejamento (Tabela 6).

As ações de VISAT, mesmo após a criação da RENAST, são ainda residuais no âmbito do SUS e os avanços ocorreram mais do ponto de vista conceitual do que prático. Apesar das diversas experiências, são minoritários os casos que podem ser considerados de implementação de ações sistemáticas de VISAT, sendo que em diversos Estados e municípios elas sequer existem (JACKSON FILHO et al., 2018; VILELA et al., 2018).

A escassez de posições mais ostensivas, planejadas e rotineiras em VISAT contribui para que os acidentes, doenças e mortes no trabalho não sejam reduzidos (MINAYO GOMEZ; DE VASCONCELLOS; MACHADO, 2018). A falta de planejamento nas ações das vigilâncias, incluindo a VISAT, é corroborado por Recktenwaldt e Junges (2017), ao verificarem a inexistência de qualquer planejamento em três dos quatro municípios do Estado do Rio Grande do Sul estudados.

Ao verificar o resultado encontrado daqueles que afirmaram executar as ações de rotina e também sob demanda de outros órgãos, tem-se o percentual de 19,5% com ações de VISAT rotineiras, o que ainda não constitui a maioria das respostas.

Na Tabela 6, os dados da sequência apresentam importante ponto para reflexão: 81,7% dos fiscais encontram dificuldades em desenvolver as ações de VISAT, o que corrobora a quarta hipótese do estudo: a maioria dos fiscais tem dificuldades na execução das ações de VISAT nos municípios.

Em relação a este ponto, um relato de intervenção realizado por Penariol (2019) deflagrou as dificuldades encontradas no desenvolvimento de ações de saúde do trabalhador pela VISA em um município de médio porte, localizado no interior do Estado de São Paulo. Tais dificuldades, inclusive, inviabilizaram uma intervenção efetiva, sendo estas as que se destacaram: desmotivação por parte dos trabalhadores da VISA; a falta de objetivos claros sobre sua atuação; a deficiência na formação na área de saúde do trabalhador; o acesso extremamente restrito à internet; o precário ou inexistente trabalho em rede no município; a falta de interesse político em implementar a PNSTT; a impossibilidade de fiscalização e/ou notificações, a proibição de interdições de determinados locais quanto às vistorias, em função de impedimentos ocasionados por interesses de grupos políticos.

Neste mesmo caminho Limongi et al. (2017) afirmaram que as VISAs são as que provavelmente sofrem as maiores influências em relação ao porte do município dentre as demais vigilâncias. Eles citaram vários fatores que reduzem a efetividade da VISA nos municípios, porém, provavelmente, os mais influentes sejam a insuficiência de recursos humanos, interferência político-partidária, baixa qualificação técnica dos profissionais e falta de apoio político.

A respeito das principais dificuldades enfrentadas pelos fiscais do estudo em tela, 56% deles responderam que precisam executar ações em diversas áreas e 52,1% que há poucos fiscais para a demanda da VISA. As duas respostas se complementam, uma vez que, em tese, havendo um número expressivo de fiscais também haveria a possibilidade de direcionar equipe exclusiva para as subáreas da VISA, incluindo a saúde do trabalhador. Tal resultado vai ao encontro da quinta hipótese da pesquisa, que afirmou que as principais dificuldades encontradas pelos fiscais relacionam-se às questões organizacionais relacionadas ao trabalho. A ausência de um número suficiente de fiscais para a demanda e a falta de exclusividade para a saúde do trabalhador trata-se de aspectos organizacionais do trabalho.

Maturino, Fernandes e Rêgo (2018) auxiliam nesta discussão, à medida que evidenciaram que as ações de VISAT devam ser realizadas por mais de um técnico capacitado.

Lorenzi (2013) relata que a inspeção em ambientes de trabalho é, antes de tudo, um desafio coletivo, um trabalho em equipe.

Estudo realizado com as vigilâncias em saúde de quatro municípios de pequeno porte do Estado do Rio Grande do Sul revelou que, de maneira geral, há sobrecarga dos fiscais com atribuições concomitantes da sanitária, da ambiental, de tributos, de obras e de posturas. A VISAT foi considerada a parte da vigilância mais precária nos quatro municípios, pois não há nenhum profissional com cargo definido para a saúde do trabalhador, apesar de a expansão da área estar prevista nos Planos Municipais de Saúde (RECKTENWALDT; JUNGES, 2017).

Em seguida, as principais dificuldades deflagradas nesta pesquisa foram as poucas e a ausência de capacitações na área, com 36,2 e 31,1% das respostas, respectivamente. Mesmo com as iniciativas do CEREST Estadual, os fiscais mencionaram esta dificuldade. Este achado permite que seja feita uma discussão acerca da diferença entre capacitações pontuais e aquelas de EPS. Certamente ambas possuem papel importante no desenvolvimento dos agentes públicos, mas os resultados na prática cotidiana tendem a ser diferentes.

Neste sentido, Lemos (2016) afirma que para que a aprendizagem seja significativa, há que se trabalhar com uma pedagogia diferenciada, que considere cada aprendiz com seus potenciais e dificuldades e que esteja voltada à construção de sentidos, abrindo, assim, caminhos para a transformação e não para a reprodução acrítica da realidade social.

A PNSTT enfatiza a necessidade das capacitações na forma de EPS, respeitando as diretrizes da PNEPS, além de estimular a parceria entre os órgãos e instituições pertinentes para formação e capacitação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social (BRASIL, 2012).

A EPS tem como objetivo a inserção de ferramentas, espaços e temas que produzam a autoanálise, autogestão, comprometimento e a efetiva mudança de pressupostos. Pretende levar à emancipação dos profissionais de saúde, tornando-os protagonistas de seu caminho, gerando reflexões críticas para a resolução das questões emergentes do cotidiano do trabalho (LAZARINO et al., 2019; GARBIN e PINTOR, 2019; FONSECA e DIAS, 2019).

Ao levar em conta estas características da EPS é praticamente impossível um órgão estadual, neste caso o CEREST, implantar em todos os municípios catarinenses EPS em relação a saúde do trabalhador. As capacitações oferecidas deveriam ter, entre outras, a função de um “estopim” para os CERESTs Regionais, Regionais de Saúde e secretarias de saúde continuarem o processo. Esta atribuição dos gestores municipais está no artigo 13, inciso XIII, da PNSTT:

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 [...] (BRASIL, 2012, p. 21).

Logo em seguida, no artigo 14, inciso I, a PNSTT reitera o papel dos CERESTs Regionais de desempenhar suporte técnico, educação permanente, coordenação de projetos de promoção e a vigilância e assistência à saúde dos trabalhadores (BRASIL, 2012).

Experiência realizada pelo CEREST de Itaberaba - BA com 23 técnicos da VISA de 9 municípios de sua região de abrangência, demonstrou que eles não encontraram dificuldades durante as inspeções nos ambientes de trabalho. Importante destacar que tais inspeções constituíram parte do processo de capacitação/matriciamento que o CEREST desenvolveu e aconteceram sempre em equipe composta por dois técnicos do CEREST, um do Núcleo Regional da Saúde e pelo menos dois técnicos da VISA (CARDOSO; FERREIRA-DE-SOUSA, 2016). Este resultado aponta para a importância do envolvimento de várias instâncias nas ações de VISAT e do suporte técnico “robusto” proporcionado pelo matriciamento.

Dois estudos recentes corroboram o papel de destaque desta metodologia desempenhada pelos CEREST, demonstrando que o matriciamento possibilitou intervenções mais resolutivas. Evidenciaram também o potencial do método para o aprimoramento da comunicação entre o serviço especializado com aqueles “da ponta”, com o auxílio na resolução dos problemas e do direcionamento das ações em ST, inserindo neste rol as de vigilância e de promoção da saúde (DE MENEZES et al., 2017; NAVARRO; SIGNORELLI; ALBUQUERQUE, 2020). Embora o matriciamento, nestes dois casos, tenha sido realizado com profissionais da atenção básica e dos CERESTs Regionais, não se pode desconsiderar seu papel relevante no processo de capacitação e EPS.

Sob o ponto de vista dos matriciados, no estudo do Estado do Paraná, evidenciou-se na maioria das respostas, a potência do método para a melhoria da comunicação, troca de experiências exitosas em saúde do trabalhador desenvolvidas; auxílio na resolução de problemas; qualificação das equipes municipais e o direcionamento das atividades a serem realizadas (NAVARRO; SIGNORELLI; ALBUQUERQUE, 2020).

Estratégias de formação e educação permanente são essenciais para o sucesso de intervenções direcionadas à qualificação da prática profissional (FACCHINI; TOMASI; DILÉLIO, 2018), porém, além do estudo do CEREST de Itaberaba, não foram encontrados outros em que o apoio matricial tenha sido realizado com os fiscais das VISAs.

Além destas dificuldades envolvendo EPS e a articulação entre as esferas de governo, há aquelas que, em tese, não deveriam ocorrer, por não fazerem parte dos processos de gestão, como a falta de apoio dos gestores e a interferência política, apontadas por 25,3 e

20,2% dos fiscais, respectivamente, como dificuldades que enfrentam na execução das ações de VISAT.

A este respeito Souza e Costa (2010) chamam a atenção para o trabalho das VISAs, onde ele ocorre em ambiente de tensão, instigada pela possibilidade de pressões e interferências externas sobre o resultado do trabalho, já que os relatórios emitidos pelos técnicos vão subsidiar a tomada de decisão, pelos gestores, o que pode contrariar interesses políticos e/ou econômicos.

O município de Itaberaba, na Bahia, passou por um processo de integração da VISA e de VISAT. Para tal foi realizada uma oficina para capacitação dos técnicos da VISA com momentos presenciais e de dispersão, bem como, a construção e preenchimento de um sistema de informação em VISAT (CARDOSO; FERREIRA-DE-SOUSA, 2016).

Cardoso e Ferreira de Sousa (2016) esclareceram que experiências em VISAT vêm sendo construídas heterogeneamente por programas, centros de referência, serviços, núcleos ou coordenações em Estados e municípios, visando amenizar as dificuldades no desenvolvimento dessas ações, as quais comumente estão relacionadas a aspectos políticos, administrativos, técnicos e financeiros específicos de cada município brasileiro.

Essas experiências possuem formas de organização, competências, atribuições, recursos e práticas de atuação que dependem das políticas regionais e da estrutura organizacional, da capacidade instalada, da qualificação dos profissionais envolvidos e de influências advindas das instituições acadêmicas (CARDOSO; FERREIRA-DE-SOUSA, 2016).

Torna-se importante fazer uma diferenciação sobre ações de VISAT e serviços de VISAT. Embora os diferentes documentos refiram-se às ações, que podem estar incluídas em diversos serviços e instâncias do SUS, há municípios de grande porte que organizaram serviços de VISAT, como um “braço” da vigilância em saúde (MINAYO GOMEZ; DE VASCONCELLOS; MACHADO, 2018).

E, por fim, a falta de infraestrutura e a meta por produtividade apareceram nos resultados, com um percentual de 15,6 e 4,75%, respectivamente. Sobre a infraestrutura, este dado pode estar relacionado com o tamanho dos municípios catarinenses: segundo a Federação Catarinense dos Municípios – FECAM, 39 deles possuem menos de 5mil habitantes (FECAM, 2020).

As próximas duas tabelas apresentam as correlações das variáveis realizadas neste estudo (Tabelas 7 e 8).

Tabela 7. Correlações entre as ações de VISAT pactuadas x ações realizadas

| | n | r_s^\dagger | Valor-p |
|----------|----|---------------|---------|
| Chapecó | 33 | 0,286 | 0,148 |
| Criciúma | 20 | 0,319 | 0,196 |
| Itajaí | 13 | 0,244 | 0,527 |
| Mafra | 7 | 0,674 | 0,142 |

[†]Coefficiente de correlação de Spearman.

Fonte: Dados da pesquisa (2020)

Na Tabela acima foram agrupados os municípios por regionais. Ela apresenta a correlação entre as ações de VISAT pactuadas e as ações realizadas. Em nenhuma delas o resultado foi significativamente estatístico ($p < 0,05$), ou seja, não houve relação entre o número de ações realizadas com aquelas pactuadas, o que faz com que a terceira hipótese desta pesquisa não seja corroborada: a maioria das VISAs municipais realiza, minimamente, o número de ações de VISAT pactuadas.

Sobre as demais regionais não foi possível realizar o teste de correlação, uma vez que as variáveis relativas às ações pactuadas eram constantes.

A tabela 8 demonstra a associação entre o número de ações recebidas e o número de ações executadas, por regional.

Tabela 8. Associação entre as capacitações recebidas e as ações executadas

| Capacitações Recebidas | Ações Executadas, n(%) | | | | | Valor-p [‡] |
|------------------------|------------------------|-------------|------------|-------------|------------------------|----------------------|
| | 0-2 n=70 | 3-5 n=10 | 6-8 n=2 | 9-12 n=5 | ≥ 13 n=22 | |
| 0-2 | 54 (67,5) | 9 (11,3) | 2 (2,5) | 2 (2,5) | 13 (16,3) | 0,022 |
| 3-5 | 12 (63,2) | 1 (5,3) | - | 2 (10,5) | 4 (21,1) | |
| 6-8 | 2 (40,0) | - | - | 1 (20,0) | 2 (40,0) | |
| 9-12 | - | - | - | - | 2 (100,0) ^b | |
| ≥ 13 | 2 (66,7) | - | - | - | 1 (33,3) | |

[‡]Valor obtido após aplicação do teste Associação Linear por Linear.

^bLetra indicando valor estatisticamente significativo após análise de resíduo.

Fonte: Dados da pesquisa (2020).

No geral não houve associação entre as capacitações recebidas e as ações executadas. A única faixa que contribuiu para o valor p de 0,022 foi aquela com 9 a 12 capacitações recebidas com 13 ou mais ações executadas, ou seja, somente nesta faixa pode-se considerar que houve associação significativa entre estas duas variáveis. Diante deste resultado não se pode corroborar a oitava hipótese da pesquisa, que afirmou que quanto mais capacitações de VISAT recebidas, maior é o número de ações de VISAT realizadas.

Assim, as Tabelas 7 e 8 mostraram que pactuar ações de VISAT parece não ter refletido em execução prática e as capacitações, de forma geral, não refletiram diretamente nas ações executadas.

Estes resultados das duas últimas Tabelas proporcionam reflexões e discussões no sentido de que ofertar capacitações sobre temas relevantes para o cotidiano do trabalho dos fiscais não seja suficiente para que as ações de VISAT se concretizem.

Diante disto, vale reiterar alguns resultados e assuntos já abordados nesta discussão e que neste momento podem subsidiar o entendimento dos possíveis fatores que contribuíram para a não associação das variáveis apontadas nas Tabelas 7 e 8.

Ao retomar os dados da Tabela 6, 81,7% dos fiscais relataram ter dificuldades para o desenvolvimento das ações de VISAT, sendo que as duas mais assinaladas foram ter que executar ações em diversas áreas e ter poucos fiscais para toda a demanda da VISA. Estes dois aspectos organizacionais podem interferir negativamente na realização das ações de VISAT, uma vez que, além do número de fiscais ser insuficiente, eles ainda necessitam realizar ações em diversas áreas de conhecimento, que fazem parte do escopo das VISAs, mas que podem ser organizadas por cada serviço municipal.

Neste mesmo caminho, o estudo realizado com as vigilâncias de municípios de pequeno porte do Rio Grande do Sul, considerou como principal resultado a sobreposição de atribuições apontado pelos profissionais e justificado pelos gestores pela falta de recursos financeiros para responder às novas responsabilidades da vigilância advindas do processo de descentralização. Tal sobreposição é considerada pelos profissionais como uma desvalorização da vigilância que não tem as devidas condições para o desempenho de suas funções e tarefas no território (RECKTENWALDT; JUNGES, 2017).

A falta de profissionais nos diversos serviços de saúde do SUS não é exclusividade das vigilâncias. Estudos recentes apontam para a insuficiência de recursos humanos que permeia da história e o desenvolvimento do SUS. (MENDES; CARNUT; GUERRA, 2018; SALES et al., 2019).

A ausência de planejamento de para a execução das ações de VISAT também pode ter interferência na efetividade das ações. O processo de planejamento estratégico proposto pelo SUS apresenta responsabilidades que devem ser configuradas continuamente, articulado, integrado e solidário entre os três níveis federados, a fim de favorecer a execução de ações por meio de compromissos construídos e ajuda no desenvolvimento de métodos e estratégias eficazes para a obtenção de resultados satisfatórios (TELES FIGUEIREDO et al., 2020). As

pactuações das VISAs municipais com a Estadual parecem não ir na direção de um planejamento em conjunto.

Outro fator de destaque é a necessidade de articulação intersetorial para o efetivo desenvolvimento das ações de VISAT. Apesar desta situação não ter surgido como uma dificuldade (Tabela 6) é provável que as VISAs dos municípios catarinenses não desenvolvam ações de VISAT de forma sistemática em conjunto com demais órgãos, como CERESTs, MPT, universidades, sindicatos, entre outros, provenientes de problemas deflagrados pelos dados de notificações.

As capacitações ofertadas são pontuais e não constituem processo de EPS, processo que poderá ter mantido influência sobre a não associação de capacitações recebidas e ações executadas.

Oferecer um processo de EPS não constitui tarefa fácil, ainda mais quando os mesmos fiscais têm que se ocupar com diversas subáreas distintas que fazem parte do escopo das VISAs. Tal fato vai ao encontro da falta de fiscais exclusivos para a saúde do trabalhador, o que provavelmente contribuiria para tornar as ações de VISAT mais efetivas e sistemáticas.

Infere-se, tanto pelos resultados desta pesquisa quanto pelos estudos já evidenciados, que as dificuldades enfrentadas pelos fiscais no cotidiano de trabalho, tais como a insuficiência de recursos humanos, a execução de ações em diversas subáreas da VISA pelo mesmo fiscal, a falta de planejamento, a ausência de ações que EPS, a falta de articulação intersetorial, entre outras, podem ter contribuído para que as capacitações recebidas não tenham refletido diretamente no número de ações de VISAT.

Estas “adversidades” não são exclusivas da saúde do trabalhador e das VISAs, elas permeiam os serviços do SUS desde a sua criação, constituindo desafio de superação para os gestores das três esferas de gestão.

8 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Ao longo do desenvolvimento desta pesquisa houve limitações que necessitam ser consideradas. O desenho do estudo, transversal, produz um retrato da realidade, no qual as variáveis são obtidas num intervalo temporal específico, não possibilitando estabelecer uma relação de causalidade, apesar da relevância dos aspectos que desvenda.

Uma questão importante a ser destacada é a ausência de informações no sistema Pharos para diversos municípios. Há municípios que utilizam sistemas próprios de registro de dados e que estes não são necessariamente transmitidos ao Pharos. Além de uma limitação para esta pesquisa também o é para a DIVS, que fica com restrições ao tentar obter um panorama das ações das VISAs municipais, tanto em relação à saúde do trabalhador quanto em outras áreas.

Os questionários autoaplicáveis, enviados pela internet, que constituíram uma das formas de coleta de dados desta pesquisa, também possuem em essência limitações como impessoalidade, dificuldade de incluir incentivos para o envio das respostas. Os respondentes podem considerar o recebimento da mensagem de e-mail não desejada como uma invasão de privacidade ou “lixo eletrônico”, além de baixa adesão à participação. Por outro lado, a ausência do pesquisador no momento em que o sujeito da pesquisa irá responde-la pode ser um fator facilitador, no sentido de evitar possíveis constrangimentos. Ressalta-se que nessa pesquisa obteve-se nível de confiança de 95%.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A saúde do trabalhador teve avanços consideráveis desde a sua inclusão na Constituição Federal de 1988 e regulamentação na Lei 8080/1990. De lá para cá diversas portarias, instruções normativas, entre outras, foram criadas, bem como, estudos científicos sobre a temática tornaram-se mais abundantes.

Porém, a despeito destes avanços legais e conceituais, a rede de serviços do SUS não absorveu de forma efetiva e sistemática a saúde do trabalhador, mesmo com a implantação da RENAST e a criação dos CERESTs, tendo em vista o elevado número de doenças e acidentes de trabalho que assolam o cotidiano dos trabalhadores, ainda que muitos sejam subnotificados.

A descentralização das ações de VISAT para as VISAs é recente em Santa Catarina, evidenciada pelo que consta no sistema Pharos de registros de tais ações a partir de 2016 e com grandes lacunas nas informações. Porém, há Estados e municípios brasileiros em que ações de VISAT não existem.

A incorporação das ações de VISAT pelas VISAs municipais, com o suporte técnico dos CERESTs e outros órgãos parece ser, em tese, alternativa consistente para tal incorporação. Para tanto, a capacitação dos fiscais sanitaristas é necessária devido à complexidade dos processos de trabalho e dos agentes de riscos que podem afetar a saúde e, em última e trágica instância, a vida dos trabalhadores.

O matriciamento tem se revelado importante ferramenta de suporte técnico nos serviços do SUS, em especial na atenção básica, uma vez que há experiências exitosas relatadas, demonstrando que os encontros de apoio propiciam, além de um espaço de repasse de conteúdo, condições para que os profissionais do SUS repensem, reorganizem e planejem suas ações a partir das experiências cotidianas.

Mas é necessário que se façam avanços estruturais e organizacionais da saúde do trabalhador nos municípios, a ponto de que os fiscais das VISAs possam ter, além de conhecimento técnico, suporte adequado e condições de desenvolver as ações de VISAT. Por mais que haja iniciativas estaduais envolvendo capacitações em saúde do trabalhador, os municípios necessitam ter papel ativo na preparação dos serviços e dos fiscais de vigilância, no sentido de organização dos serviços, para que a saúde do trabalhador não se torne uma espécie de fardo ao representar um serviço a mais a ser realizado.

Ao considerar a relevância da temática para a saúde coletiva, as dificuldades existentes na saúde do trabalhador, sejam inerentes a ela e/ou ao SUS e nas estruturas das VISAs, é que se faz necessário a exploração de outros recortes do tema, a publicização de

experiências exitosas, a fim de que possa avançar na discussão e no aprimoramento dos serviços já existentes de saúde do trabalhador e por consequência, nas ações de VISAT.

REFERÊNCIAS

- ABERGO - **Associação Brasileira de Ergonomia**. A certificação do ergonomista brasileiro. Editorial do Boletim 1/2000, Associação Brasileira de Ergonomia. Disponível em <http://www.abergo.org.br/internas.php?pg=o_que_e_ergonomia>. Acesso em 23 de agosto de 2020.
- AGUIAR, Luciene; VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de. A gestão do Sistema Único de Saúde e a Saúde do Trabalhador: o direito que se tem e o direito que se perde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p.830-840, jul. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042015000300830&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em 20 de maio de 2019.
- ALMEIDA, Francisca Mara Raquel Silva; LIMA, Leonardo Araújo. A ERGONOMIA DA ATIVIDADE APLICADA À QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO: APRIMORANDO O MÉTODO NO CAMPO INDUSTRIAL. **Encontro de Extensão, Docência e Iniciação Científica (EEDIC)**, [S.l.], v. 4, n. 1, feb. 2019. ISSN 2446-6042. Disponível em: <<http://publicacoesacademicas.unicatolicaquixada.edu.br/index.php/eedic/article/view/2708>>. Acesso em 29 de agosto de 2020.
- AMORIM, Luciana de Assis et al. Vigilância em Saúde do Trabalhador na Atenção Básica: aprendizagens com as equipes de Saúde da Família de João Pessoa, Paraíba, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 22, n. 10, p.3403-3413, out. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320172210.17532017>. Acesso em 13 de abril de 2019.
- ANTUNES, Ricardo; PRAUN, Luci. A sociedade dos adoecimentos no trabalho. **Serviço Social & Sociedade**, [s.l.], n. 123, p.407-427, set. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0101-6628.030>. Acesso em 13 de abril de 2019.
- BALISTA, Salma Regina Rodrigues; SANTIAGO, Sílvia Maria; CORRÊA FILHO, Heleno Rodrigues. A atenção à saúde do trabalhador nas unidades básicas de saúde do SUS: estudo de caso em Campinas, São Paulo. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, [s.l.], v. 36, n. 124, p.216-226, dez. 2011. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0303-76572011000200005>. Acesso em 22 de maio de 2019.
- BERNARDO, Denise Carneiro dos Reis et al. O estudo da ergonomia e seus benefícios no ambiente de trabalho: uma pesquisa bibliográfica. **Saberes Interdisciplinares**, [S.l.], v. 6, n. 11, p. 97-112, dez. 2017. ISSN 2675-2255. Disponível em: <<http://186.194.210.79:8090/revistas/index.php/SaberesInterdisciplinares/article/view/136>>. Acesso em 23 de agosto de 2020.
- BRASIL. Constituição (1988). Artigo 200. BRASÍLIA, DF. Disponível em https://www.senado.leg.br/atividade/const/con1988/con1988_14.12.2017/art_200_.asp. Acesso em: 18 de maio de 2019.
- BRASIL. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. BRASÍLIA, DF. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 18 de maio de 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde/GM. Portaria de Consolidação Nº 1, de 28/09/2017. Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde. Anexo LXXIX - INSTRUÇÃO NORMATIVA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR NO SUS (Origem: PRT MS/GM

3120/1998, Anexo 1). DOU - Suplemento ao nº 190, de 03/10/2017, p.498-501. Disponível em <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/outubro/18/Portarias-de-Consolidacao-do-SUS.pdf>>. Acesso em 03 de setembro de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Saúde do trabalhador e da trabalhadora** [recurso eletrônico] /Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Cadernos de Atenção Básica, n. 41 – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 136 p. : il. Disponível em: <http://renastonline.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/recursos/cadernos_da_atecao_basica_41_saude_do_trabalhador.pdf>. Acesso em 29 de maio de 2019.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Secretaria de Inspeção do Trabalho. Norma regulamentadora nº 17 - Ergonomia. Brasília: Ministério do Trabalho e Emprego; 2007. Acesso em 23 de agosto de 2020.

BRASIL. Portaria nº 1565 de 26 de agosto de 1994. **Sistema Nacional de Vigilância Sanitária**. Brasília, DF. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1994/prt1565_26_08_1994.html>. Acesso em 03 de setembro de 2020.

BRASIL. Portaria nº 1823, de 23 de agosto de 2012. **Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora**. BRASÍLIA, DF. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html>. Acesso em 18 de maio de 2019.

BRASIL. Portaria nº 2.728 de 11 de novembro de 2009. **Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador**. Brasília, DF, 11 de nov. de 2009. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2728_11_11_2009.html>. Acesso em 20 de novembro de 2019.

BRASIL. Portaria nº 1679 de 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. Brasília, DF, 16 de novembro de 2002. Disponível em <http://ftp.medicina.ufmg.br/osat/legislacao/Portaria_1679_12092014.pdf>. Acesso em 18 de maio de 2019.

BRASÍLIA. Fundação Oswaldo Cruz. Ministério da Saúde (Org.). **Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador**. Diretrizes de implantação da Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS. 2014. Disponível em: <<http://renastonline.ensp.fiocruz.br/recursos/diretrizes-implantacao-vigilancia-saude-trabalhador-sus>>. Acesso em: 20 de novembro de 2019.

CALDAS, Jacqueline Wilhelm. **Vigilância em Saúde do Trabalhador: a formação de agentes multiplicadores no âmbito da RENAST**. 2018. 108 f. Tese (Doutorado) - Curso de Mestrado em Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz, Rio de Janeiro, 2018.

CARDOSO, Ana Claudia Moreira. O trabalho como determinante do processo saúde-doença. **Tempo Social**, [s.l.], v. 27, n. 1, p.73-93, jun. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <<http://dx.doi.org/10.1590/0103-207020150110>>. Acesso em: 21 de junho de 2019.

CARDOSO, M. D. C. B.; FERREIRA-DE-SOUSA, F. N. E. Integrando As Vigilâncias Em Saúde: Relato De Experiência Sobre a Construção De Sistema De Informação De Vigilância Em Saúde Do Trabalhador. **Revista de Saúde Coletiva da UEFS**, v. 6, n. 1, p. 26, 2016.

CARLOTTO, Pedro Augusto Croce *et al.* Riscos Psicossociais Relacionados ao Trabalho: perspectivas teóricas e conceituais. **Revista Interamericana de Psicología Ocupacional**, Medellín, v. 37, n. 1, p. 52-70, 2018. Centro de Investigacion en Comportamiento Organizacional, Cincel SAS. <<http://dx.doi.org/10.21772/ripo.v37n1a04>>. Acesso em 29 de agosto 2020.

CHAVES, Silvio Orlon de Castro; SETA, Marismary Horsth de. Vigilância Sanitária em Saúde do Trabalhador em postos revendedores flutuantes de Manaus, Amazonas. **Vigilância Sanitária em Debate**, Manaus, v. 8, n. 2, p. 75-83, 29 maio 2020. Vigilância Sanitaria em Debate: Sociedade, Ciencia y Tecnologia. <<http://dx.doi.org/10.22239/2317-269x.01432>>. Acesso em 29 de agosto de 2020.

CHIAVENATO I. Gerenciando pessoas: o passo decisivo para a administração participativa. 3ª ed. São Paulo: Makron Books; 1997.

CONCEIÇÃO, P. S. DE A. et al. Prevenção da exposição ocupacional ao benzeno em postos revendedores de combustíveis: atuação da Auditoria Fiscal do Trabalho na Bahia. **Laborare**, v. 2, n. 2, p. 11–35, 2019.

COSTA, Danilo et al. Saúde do Trabalhador no SUS: desafios para uma política pública. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 38, n. 127, p.11-21, jun. 2013. FapUNIFESP (SciELO). <<http://dx.doi.org/10.1590/s0303-76572013000100003>>. Acesso em: 25 de novembro de 2019.

COSTA, Ediná Alves; FERNANDES, Tania Maria; PIMENTA, Tânia Salgado. A vigilância sanitária nas políticas de saúde no Brasil e a construção da identidade de seus trabalhadores (1976-1999). **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 13, n. 3, p. 995-1004, jun. 2008. FapUNIFESP (SciELO). <<http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232008000300021>>. Acesso em 14 de maio de 2020.

DA SILVA, J. A. A.; COSTA, E. A.; LUCHESE, G. Unified health system 30th birthday: Health surveillance. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1953–1962, 2018. Disponível em <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232018000601953&script=sci_arttext&tlng=en>. Acesso em 29 de julho de 2020.

DAVINI, M.C. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Enfoques, Problemas e Perspectivas na Educação Permanente dos Recursos Humanos de Saúde. Série B. **Textos Básicos de Saúde Série Pactos pela Saúde 2006**, v. 9. Brasília – DF 2009. Disponível em <<http://portal.anvisa.gov.br/documents/33856/396770/Pol%C3%ADtica+Nacional+de+Educa%C3%A7%C3%A3o+Permanente+em+Sa%C3%BAde/c92db117-e170-45e7-9984-8a7cdb111faa>>. Acesso em 23 de agosto de 2020.

DE MENEZES, E. L. C. et al. Modos de produzir cuidado e a universalidade do acesso na atenção primária à saúde. **Saude e Sociedade**, v. 26, n. 4, p. 888–903, 2017.

DE SETA, M. H.; OLIVEIRA, C. V. D. S.; PEPE, V. L. E. Proteção à saúde no Brasil: O sistema nacional de vigilância sanitária. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 22, n. 10, p. 3225–3234,

2017. Disponível em <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232017021003225&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em 25 de agosto de 2020.

DIAS, Elizabeth Costa; HOEFEL, Maria da Graça. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 10, n. 4, p.817-827, dez. 2005. FapUNIFESP (SciELO). <<http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232005000400007>>. Acesso em: 21 de junho de 2019.

FACCHINI, L. A.; TOMASI, E.; DILÉLIO, A. S. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe1, p. 208–223, 2018.

FARIA, Magda Guimarães de Araujo *et al.* Saúde do trabalhador no contexto da estratégia de saúde da família: revisão integrativa de literatura. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 1-11, 2020. FapUNIFESP (SciELO). <<http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2020-0027>>. Acesso em 23 de agosto de 2020.

FARIA, Renata Mercês Oliveira de; LEITE, Isabel Cristina Gonçalves; SILVA, Girlene Alves da. ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO E IMPACTO NA RELAÇÃO TRABALHO E SAÚDE EM UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Goiania, v. 41, n. 4, p.843-861, out. 2017. Acesso em: 22 de maio de 2019.

FECAM. **FEDERAÇÃO CATARINENSE DE MUNCÍPIOS**. Disponível em: <https://www.fecam.org.br/>. Acesso em 29 de setembro de 2020.

FONSECA, B. M. C.; BRAGA, A. M. C. B.; DIAS, E. C. Planejamento de intervenções em Saúde do Trabalhador no território: uma experiência participativa. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 44, p. 1–9, 2019.

GARBIN, A. D. C.; PINTOR, E. A. DA S. Estratégias de intra e intersetorialidade para transversalizar a saúde do trabalhador em todos os níveis de atenção à saúde. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 44, 2019.

GIARDINI, I. et al. Vigilância sanitária em postos de revenda de combustíveis: aplicação de um modelo para integrar ações e promover a saúde do trabalhador. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 42, n. suppl 1, p. 1–12, 2017.

GOLLAC, M. & BODIER M. (2011). Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser Psychosociaux au Travail. *Revista Vie pulique*. Disponível em <<https://www.vie-publique.fr/rapport/31710-mesurer-les-facteurs-psychosociaux-de-risque-au-travail-pour-les-maitris#:~:text=Le%20rapport%20du%20Coll%C3%A8ge%20pr%C3%A9conise,sociaux%20au%20travail%2C%20la%20souffrance>>. Acesso em 29 de agosto de 2020.

IIDA, Itiro. Ergonomia: projeto e produção. São Paulo: Edgard Blücher,1998.

JACKSON FILHO, José Marçal et al. Desafios para a intervenção em saúde do trabalhador. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, [s.l.], v. 43, n. 1, p.1-7, 3 dez. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <<http://dx.doi.org/10.1590/2317-6369ap0141218>>. Acesso em 03 de julho de 2019.

LAZARINO, M. DA S. A.; SILVA, T. L. E.; DIAS, E. C. Apoio matricial como estratégia para o fortalecimento da saúde do trabalhador na atenção básica. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 44, p. 1–8, 2019. Acesso em 13 de julho de 2020.

LEMOS, Cristiane Lopes Simão. Educação Permanente em Saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 913-922, mar. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015213.08182015>>. Acesso em 17 de julho de 2020.

LIMONGI, Jean Ezequiel et al. Estrutura e processos da Vigilância em Saúde em municípios mineiros: uma análise quali-quantitativa. **Cadernos Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 25, n. 1, p.31-44, 30 mar. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <<http://dx.doi.org/10.1590/1414-462x201700010351>>. Acesso em 14 de julho de 2019.

LORENZI, R. L. Vigilância em Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde: teorias e práticas. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 38, n. 128, p. 315–317, 2013.

MACIEL, L. A. et al. Genotoxic effects of occupational exposure among gas station attendants in Santarem, Para, Brazil. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, v. 17, n. 2, p. 247–253, 2019.

MATURINO, M. M.; FERNANDES, R. DE C. P.; RÊGO, M. A. V. A atuação do SUS na vigilância de ambientes de trabalho: a experiência do Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador (Cesat) na Bahia. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 43, n. 0, p. 1–14, 2018.

MELO, Michelle Reinaldo Cavalcante de. " Avaliação das Ações de Vigilância Sanitária a partir da Atuação da Agência de Fiscalização do Município de Fortaleza".2020.152f. – Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Programa de Pós-Graduação em Avaliação de Políticas Públicas, Fortaleza (CE), 2020. <<http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/52427>>. Acesso em 07 de setembro de 2020.

MENDES, Á.; CARNUT, L.; GUERRA, L. D. DA S. Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe1, p. 224–243, 2018.

MINAYO GOMEZ, C.; DE VASCONCELLOS, L. C. F.; MACHADO, J. M. H. A brief history of worker's health in Brazil's unified health system: Progress and challenges. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1963–1970, 2018.

MOURA-CORREA, M. J. et al. Exposição ao benzeno em postos de revenda de combustíveis no Brasil: Rede de vigilância em saúde do trabalhador (VISAT). **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 19, n. 12, p. 4637–4648, 2014.

MOURA-CORREA, M. J. et al. Roteiro de inspeção sanitária de ambientes e processos de trabalho em postos de revenda de combustíveis: análise de usos e aplicações no estado de Santa Catarina. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 42, n. suppl 1, p. 1–10, 2017.

NAVARRO, A. DE P. B.; SIGNORELLI, M. C.; ALBUQUERQUE, G. S. C. DE. Apoio matricial na saúde do trabalhador no Paraná: potencialidades e desafios. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 45, p. 1–9, 2020. Acesso em 21 de agosto de 2020.

O'DWYER, Gisele; TAVARES, Maria de Fátima Lobato; SETA, Marismary Horst de. O desafio de operacionalizar as ações de vigilância sanitária no âmbito da promoção da saúde e no locus saúde da família. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S.L.], v. 11, n. 23, p. 467-484, dez. 2007. FapUNIFESP (SciELO). <<http://dx.doi.org/10.1590/s1414-32832007000300006>>. Acesso em 23 de junho de 2020.

OLIVEIRA, K. A.; SANTOS, E. N. F.; JARDIM, F. B. B. Eficácia e satisfação de treinamento da equipe técnica da vigilância sanitária de Uberlândia, MG. **Brazilian Journal of Development**, v. 5, n. 10, p. 18039–18048, 2019. Acesso em 15 de maio de 2020.

PENARIOL, Marita Pereira. Os Caminhos da Política em Saúde do Trabalhador no serviço público municipal. **Revista de Psicologia da Unesp**, São Paulo, v. 2, n. 18, p. 50-66, 20 dez. 2019. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-90442019000300004>. Acesso em 17 de julho de 2020.

PINHEIRO, Regina Dal Castel. Entrevista I. [junho 2020], enviada por e-mail Criciúma, 2020. A entrevista na íntegra encontra-se transcrita no Apêndice C desta dissertação.

PREVIDÊNCIA, Secretaria de. **ANUÁRIO ESTATÍSTICO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL**. 2017. Disponível em: <<http://sa.previdencia.gov.br/site/2019/04/AEPS-2017-abril.pdf>>. Acesso em: 19 jun. 2019.

RECKTENWALDT, M.; JUNGES, J. R. A organização e a prática da Vigilância em Saúde em municípios de pequeno porte. **Saúde e Sociedade**, v. 26, n. 2, p. 367–381, 2017.

SALES, O. P. et al. O Sistema Único de Saúde: desafios, avanços e debates em 30 anos de história. **Revista Humanidades e Inovação**, v. 6, n. 17, p. 55–65, 2019.

SANITÁRIA, Gerência de Vigilância (org.). **Detalhamento das ações de Vigilância Sanitária**. Florianópolis: Estado de Santa Catarina, 2011. 110 p.

SILVA, Andressa; FERRAZ, Lucimare; RODRIGUES-JUNIOR, Sinval Adalberto. Ações em Saúde do Trabalhador desenvolvidas na Atenção Primária no município de Chapecó, Santa Catarina. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, [s.l.], v. 41, p.1-9, 2016. FapUNIFESP (SciELO). <<http://dx.doi.org/10.1590/2317-6369000122415>>. Acesso em: 03 de julho de 2019.

SILVA, José Agenor Alvares da *et al.* SUS 30 anos: vigilância sanitária. **Ciência & Saúde Coletiva**, Brasília, v. 23, n. 6, p. 1953-1961, jun. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.04972018>>. Acesso em 17 de julho de 2020.

SILVA, Julieth Merelis Rodrigues da *et al.* Avaliação da descentralização das práticas de Vigilância Sanitária do município de Olinda, Pernambuco. **Vigilância Sanitária em Debate**, Recife, v. 8, n. 1, p. 40-47, 28 fev. 2020. *Vigilância Sanitária em Debate: Sociedade, Ciência y Tecnologia*. <<http://dx.doi.org/10.22239/2317-269x.01320>>. Acesso em 07 de setembro de 2020.

SOUZA, Gisélia Santana; COSTA, Ediná Alves. Considerações teóricas e conceituais acerca do trabalho em vigilância sanitária, campo específico do trabalho em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 15, n. 3, p. 3329-3340, nov. 2010. FapUNIFESP (SciELO). <<http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232010000900008>>. Acesso em 17 de abril de 2020.

TELES FIGUEIREDO, I. D. et al. Planejamento estratégico como ferramenta de gestão local na atenção primária à saúde. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, v. 8, n. 1, p. 27, 2020.

TRABALHO, Ministério Público do. **Observatório de Saúde e Segurança no trabalho**. Dados atualizados em tempo real. Disponível em: <<https://smartlabbr.org/sst>>. Acesso em: 17 de junho de 2019.

VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de; OLIVEIRA, Maria Helena Barros de. Saúde, Trabalho e direito: Uma trajetória crítica e a crítica de uma trajetória. **Educam**, Rio de Janeiro, p. 177-178, 2011.

VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de. Vigilância em Saúde do Trabalhador: decálogo para uma tomada de posição. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, [s.l.], v. 43, n. 1, p.1-9, 23 jul. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <<http://dx.doi.org/10.1590/2317-6369000029517>>. Acesso em: 14 de julho de 2019.

VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de. Vigilância em Saúde do Trabalhador: decálogo para uma tomada de posição. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, [s.l.], v. 43, n. 1, p.1-9, 23 jul. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <<http://dx.doi.org/10.1590/2317-6369000029517>>. Acesso em: 14 de julho de 2019.

VIANNA, Lorena Cristina Ramos et al. Vigilância em Saúde do Trabalhador: um estudo à luz da Portaria nº 3.120/98. **Saúde em Debate**, [s.l.], v. 41, n. 114, p.786-800, set. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <<http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201711409>>. Acesso em: 14 de julho de 2019.

VILELA, R. A. DE G. et al. Expansion of the object of surveillance for occupational accidents: History and challenges underwent by a reference center aiming at prevention. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 23, n. 9, p. 3055–3066, 2018.

ANEXO A – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNESC (CEP)



RESOLUÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UNESC, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) Ministério da Saúde analisou o projeto abaixo:

Parecer n.: 3.889.200

CAAE: 29117220.3.0000.0119

Pesquisador(a) Responsável: Willians Cassiano Longen

Pesquisador(a): SHEILA FERNANDA MADEIRA

Título: "AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR REALIZADAS PELAS VIGILÂNCIAS SANITÁRIAS MUNICIPAIS DE SANTA CATARINA E A PERCEPÇÃO DOS FISCALIS ACERCA DAS FORMAÇÕES NA ÁREA".

Este projeto foi aprovado em seus aspectos éticos e metodológicos, de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais. Todas e qualquer alteração do Projeto deverá ser comunicada ao CEP. Os membros do CEP não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores.

Criciúma, 28 de fevereiro de 2020.


Marco Antônio da Silva
Coordenador do CEP

Av. Universitária, 1.105 – Bairro Universitário – CEP: 88.806-000 – Criciúma/ SC
Bloco Administrativo – Sala 21 | Fone (48) 3431 2605 | cetica@unesc.net | www.unesc.net/cep
Horário de funcionamento do CEP: de segunda a sexta-feira, das 08h às 12h e das 13h30 às 17h30.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: Avaliação das ações de vigilância em saúde do trabalhador realizadas pelas vigilâncias sanitárias municipais de Santa Catarina e a percepção dos fiscais acerca das formações na área.

Objetivo: Avaliar as ações de VISAT realizadas pelas vigilâncias sanitárias de Santa Catarina e verificar a percepção dos fiscais a respeito do preparo técnico para a efetiva atuação.

Período da coleta de dados: 01/04/2020 a 01/07/2020

Tempo estimado para cada coleta: 30 minutos

Local da coleta: Sistema Pharos (plataforma online) e 800 fiscais sanitaristas dos 295 municípios de Santa Catarina (através dos questionários).

Pesquisador/Orientador: Willians Cassiano Longen **Telefone:**(48) 99988-3358

Pesquisador/Acadêmico: Sheila Fernanda Madeira **Telefone:** (48) 99697-3767

Aluno(a) do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da UNESC

Como convidado (a) para participar voluntariamente da pesquisa acima intitulada e aceitando participar do estudo, declaro que:

Poderei desistir a qualquer momento, bastando informar minha decisão diretamente ao pesquisador responsável ou à pessoa que está efetuando a pesquisa.

Por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro, não haverá nenhuma remuneração, bem como não terei despesas para com a mesma. No entanto, fui orientado (a) da garantia de ressarcimento de gastos relacionados ao estudo. Como prevê o item IV.3.g da Resolução CNS 466/2012, foi garantido a mim (participante de pesquisa) e ao meu acompanhante (quando necessário) o ressarcimento de despesas decorrentes da participação no estudo, tais como transporte, alimentação e hospedagem (quando necessário) nos dias em que for necessária minha presença para consultas ou exames.

Foi expresso de modo claro e afirmativo o direito de assistência integral gratuita devido a danos diretos/ indiretos e imediatos/ tardios pelo tempo que for necessário a mim (participante da pesquisa), garantido pelo(a) pesquisador(a) responsável (Itens II.3.1 e II.3.2, da Resolução CNS nº 466 de 2012).

Estou ciente da garantia ao direito à indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa (Item IV.3.h, da Resolução CNS nº 466 de 2012).

Os dados referentes a mim serão sigilosos e privados, preceitos estes assegurados pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) podendo eu solicitar informações durante todas as fases da pesquisa, inclusive após a publicação dos dados obtidos a partir desta.

Para tanto, fui esclarecido (a) também sobre os procedimentos, riscos e benefícios, a saber:

DETALHES DOS PROCEDIMENTOS QUE SERÃO UTILIZADOS NA PESQUISA

Carta de aceite (anexo A) para a Vigilância Sanitária Estadual de Santa Catarina autorizando a realização da pesquisa;

Solicitação à Vigilância Sanitária Estadual de SC o acesso ao sistema Pharos, para obter acesso ao número de ações de VISAT pactuadas e realizadas em cada município e também para obter os contatos de todos os fiscais sanitaristas do Estado. Caso a Vigilância Estadual de Santa Catarina não tenha ou não forneça os contatos dos fiscais, será realizado contato por e-mail com os coordenadores de cada vigilância sanitária para solicitar os e-mails e números de telefones dos fiscais sanitaristas. Se não obter retorno em 10 dias, será realizado contato telefônico;

Serão enviados o TCLE e os questionários aos fiscais de modo online, com um link de acesso. Caso não haja resposta em 10 dias ou o questionário tenha sido respondido de forma incompleta, será realizado um novo contato, por telefone, com os fiscais.

RISCOS

A pesquisa apresenta riscos mínimos que envolvem aspectos que possam apresentar-se relacionados ao conteúdo de informações a serem levantadas. Tais possibilidades, embora muito remotas, apresentam uma baixa chance de intercorrência. Todas as medidas necessárias para suprimir ainda mais tais possibilidades serão adotadas, a exemplo da padronização metodologicamente estabelecida na literatura. Vale ressaltar que não haverá o nome dos fiscais nos questionários, o que minimiza ainda mais os riscos.

BENEFÍCIOS

Quanto aos benefícios, ao avaliar as ações de VISAT realizadas pelos fiscais, nos termos descritos nesse projeto, conseguir-se-á dimensionar além do número de ações, mas também a efetividade das capacitações oferecidas e as possíveis dificuldades encontradas pelos fiscais na execução. Desta forma, este estudo também servirá de ferramenta para que o CEREST Estadual, as próprias VISA e demais órgãos públicos realizem planejamento na área.

Ainda, esta pesquisa poderá subsidiar outros Estados brasileiros a iniciativas similares.

Declaro ainda, que tive tempo adequado para poder refletir sobre minha participação na pesquisa, consultando, se necessário, meus familiares ou outras pessoas que possam me ajudar na tomada de decisão livre e esclarecida, conforme a resolução CNS 466/2012 item IV.1.C.

Diante de tudo o que até agora fora demonstrado, declaro que todos os procedimentos metodológicos e os possíveis riscos, detalhados acima, bem como as minhas dúvidas, foram devidamente esclarecidos, sendo que, para tanto, firmo ao final a presente declaração, em duas vias de igual teor e forma, ficando na posse de uma e outra sido entregue ao(à) pesquisador(a) responsável (o presente documento será obrigatoriamente assinado na última página e rubricado em todas as páginas pelo(a) pesquisador(a) responsável/pessoa por ele(a) delegada e pelo(a) participante/responsável legal).

Em caso de dúvidas, sugestões e/ou emergências relacionadas à pesquisa, favor entrar em contato com o pesquisador WILLIANS CASSIANO LONGEN pelo telefone (48) 99988-3358 e/ou pelo e-mail wcl@unesc.net.

Em caso de denúncias, favor entrar em contato com o Comitê de Ética – CEP/UNESC¹.

O Comitê de Ética em Pesquisa em Humanos (CEP) da UNESC pronuncia-se, no aspecto ético, sobre todos os trabalhos de pesquisa realizados, envolvendo seres humanos. Para que a ética se faça presente, o CEP/UNESC revisa todos os protocolos de pesquisa envolvendo seres humanos. Cabe ao CEP/UNESC a responsabilidade primária pelas decisões sobre a ética da pesquisa a ser desenvolvida na Instituição, de modo a garantir e resguardar a integridade e os direitos dos voluntários participantes nas referidas pesquisas. Tem também papel consultivo

¹ Av. Universitária, 1105 - Bairro Universitário CEP: 88806-000 - Criciúma-SC - Fone: +55 48 3431-2500

e educativo, de forma a fomentar a reflexão em torno da ética na ciência, bem como a atribuição de receber denúncias e requerer a sua apuração.

| ASSINATURAS | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|
| Voluntário(a)/Participante | Pesquisador(a) Responsável |
| <hr/> | <hr/> |
| Assinatura | Assinatura |
| Nome: _____ | Nome: _____ |
| CPF: _____._____._____ - ____ | CPF: _____._____._____ - ____ |

Criciúma (SC), 01 de abril de 2020.

APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

| Bloco A - Geral | Codificação |
|--|-------------|
| Número do questionário (favor não preencher este campo) | |
| A1. Qual a sua idade? __ anos | A1 |
| A2. Em qual município você trabalha como fiscal sanitaria? | A2 |
| Bloco B - Trabalho | |
| B1. Há quanto tempo você trabalha como fiscal sanitaria? ____ anos | B1 |
| B2. Há quantos fiscais na vigilância sanitária atualmente? __ fiscais | B2 |
| Bloco C - Capacitações | |
| C1. Você já participou de alguma capacitação em saúde do trabalhador? (0) Não (vá direto para a pergunta C5) (1) Sim | C1 |
| C2. De quantas capacitações em saúde do trabalhador você já participou? _____ | C2 |
| C3. De quais capacitações em saúde do trabalhador você já participou (podem ser assinaladas mais de uma opção)? (1) Ações Básicas de Vigilância em Saúde do Trabalhador – VISAT (2) Ações Básicas de fiscalização em Postos de Combustíveis (3) Análise de documentos de saúde e segurança do trabalhador (4) Normas regulamentadoras – NR (5) Ergonomia. (6) Outras. Quais? _____ | C3 |
| C4. Você considera que a(s) capacitação(ões) em saúde do trabalhador que você recebeu forneceram subsídios técnicos suficientes e adequados para a execução das ações em saúde do trabalhador? (0) Não (1) Sim (2) Em parte | C4 |
| C5. Sobre quais temáticas você sente necessidade de receber capacitação(ões) em saúde do trabalhador (podem ser assinaladas mais de uma opção)? (1) Não tenho necessidade de mais capacitações (2) Ações Básicas de Vigilância em Saúde do Trabalhador – VISAT (3) Ações Básicas de fiscalização em Postos de Combustíveis (4) Análise de documentos de saúde e segurança do trabalhador (5) Normas regulamentadoras – NR (6) Ergonomia. | C5 |

| | |
|---|----|
| (7) Outras. Quais? _____ | |
| Bloco D – Execução das ações de VISAT | |
| <p>D1. Como são desenvolvidas as ações de VISAT na vigilância sanitária atualmente?</p> <p>(0) Atualmente não são desenvolvidas (1) De rotina, com planejamento (2) Sob demanda de órgão externo (3) Tanto de rotina quanto sob demanda de órgãos externos</p> | D1 |
| <p>D2. Você enfrenta dificuldade(s) para realizar ações de VISAT?</p> <p>(0) Não (se não, não responda à pergunta abaixo) (1) Sim</p> | D2 |
| <p>D3. Qual (is) a(s) principal(is) dificuldade(s) enfrentada(s) para a realização das ações de VISAT? Podem ser assinaladas mais de uma opção:</p> <p>(0) Pouca/ausência de capacitação na área (1) Poucos fiscais para toda a demanda da VISA (2) Executar ações em diversas áreas além da saúde do trabalhador (3) Interferência política (4) Meta por produtividade (5) Falta de apoio das chefias (6) Falta de infraestrutura (sala, carro, máquina fotográfica, entre outros) (7) Outros. Quais?</p> | D3 |
| Obrigada pela sua participação! | |

APÊNDICE C – ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Entrevista concedida pela Gerente do CEREST Estadual de Santa Catarina, por e-mail.

PERGUNTAS:

1. Desde quando o CEREST Estadual realiza capacitações em saúde do trabalhador para os fiscais sanitарistas dos municípios catarinenses?

Desde 2005.

2. Qual o objetivo principal destas capacitações?

Fornecer aos fiscais subsídios técnicos para atuação nos ambientes de trabalho. Com isso, as VISA municipais poderiam assumir a responsabilidade da execução das ações na área, através das pactuações, realizando-as de forma segura e efetiva.

3. Como era a estrutura inicial do curso de VISAT e como ela encontra-se atualmente?

De 2005 até 2009 o CEREST Estadual realizou o curso de ações básicas para a formação de fiscais e era constituído por 5 módulos, com um deles exclusivo para a saúde do trabalhador, o módulo VISAT.

A partir de 2010 a estrutura do curso de formação foi modificada e a saúde do trabalhador ainda faz parte do conteúdo programático, porém não mais em um módulo específico com era até 2009.

O CEREST Estadual continuou promovendo anualmente o Curso de Ações Básicas de VISAT para os fiscais que ainda não possuem ou que desejam fazer uma reciclagem.

4. Quantas vezes o curso de Postos de Combustíveis foi ofertado aos fiscais sanitарistas? E quantos deles foram capacitados?

Este curso foi realizado 05 vezes no período de 2010 a 2013, com 193 fiscais capacitados.