



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA**

Ecléa Spiridião Bravo

**Residência Médica em Medicina do Trabalho:
contradições e consensos**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina,
Universidade Estadual Paulista “Júlio de
Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para
obtenção do título de doutora em Saúde
Coletiva

Orientador: Prof. Dr. Ildeberto Muniz de Almeida

Botucatu
2020

Ecléa Spiridião Bravo

**Residência Médica em Medicina do Trabalho:
contradições e consensos**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina,
Universidade Estadual Paulista “Júlio de
Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para
obtenção do título de doutora em Saúde
Coletiva

Orientador: Prof. Dr. Ildeberto Muniz de Almeida

Botucatu
2020

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE-CRB 8/5651

Bravo, Eclea Spiridião.

Residência médica em medicina do trabalho :
contradições e consensos / Eclea Spiridião Bravo. -
Botucatu, 2020

Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista
"Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de
Botucatu

Orientador: Ildeberto Muniz de Almeida
Capes: 40600009

1. Medicina do trabalho. 2. Cuidados médicos -
Avaliação. 3. Saúde do trabalhador. 4. Serviços de saúde
ocupacional.

Palavras-chave: Avaliação em saúde; Formação médica;
Medicina do trabalho; Saúde do trabalhador; Saúde
ocupacional.

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Elbio e Nagibe, pelo amor e carinho que me dedicaram enquanto estivemos juntos.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Ildeberto, meu orientador, querido amigo Pará, pela paciência e dedicação, sempre muito atento às minhas dificuldades e cuidadoso nas suas orientações, ajudou-me a reconhecer as questões relevantes deste estudo.

À Prof^a Dr^a Maria Dionísia do Amaral Dias, pelo incentivo a iniciar o doutorado.

Aos professores do Departamento de Saúde Pública da Faculdade de Medicina de Botucatu, com os quais tive oportunidade de aprender e atualizar conhecimentos.

Ao amigo Wagner Barboza, pelos esclarecimentos e apoio nas questões de informática, sempre disposto a ajudar.

À amiga e Professora Dra Edith Seligmann-Silva, incansável na luta em defesa da saúde mental dos trabalhadores, por todos os momentos de apoio a este estudo e por estar sempre disponível a compartilhar seus conhecimentos.

À querida amiga Dra Maria Maeno, por toda contribuição que dá ao campo da Saúde do Trabalhador, pela inestimável atenção que deu a este estudo.

À amiga-irmã Dra Mara Alice Batista Conti Takahashi, sempre presente com especial carinho e apoio durante este e muitos outros estudos, pela sensibilidade em entender o sofrimento dos trabalhadores e amenizá-los com

muita dedicação e conhecimento. Por toda atenção e apoio que recebi nos momentos difíceis durante os quatro anos deste estudo.

Aos amigos do CEREST Piracicaba, pelo convívio durante anos que muito contribuiu para o amadurecimento da pesquisadora.

Aos amigos do Sindicato dos Trabalhadores Metalúrgicos de Campinas e Região, em especial ao departamento jurídico e aos diretores e colegas de trabalho do departamento de saúde, pela compreensão durante minhas ausências em função dos estudos.

Aos membros da banca, de qualificação e defesa, pelas análises e preciosas contribuições que trouxeram para o aprimoramento da tese.

À querida amiga Ana Maria Marchi, pelo acolhimento carinhoso durante minhas estadias em Botucatu.

Às irmãs Aglaé e Egle, ao afilhado querido, Samir, pelos momentos de ausência e paciência que tiveram comigo durante este estudo.

A todos os trabalhadores que atendi no CEREST Piracicaba, por terem sido a fonte inspiradora desta tese.

Ensinar exige a convicção de que a mudança é possível [...]. O mundo não é. O mundo está sendo. Como subjetividade curiosa, inteligente, interfiridora na objetividade com que dialeticamente me relaciono, meu papel no mundo não é só o de quem constata o que ocorre, mas também o de quem intervém como sujeito de ocorrências. Não sou apenas objeto da História, mas seu sujeito igualmente. No mundo da História, da cultura, da política, constato não para me adaptar mas para mudar.

Ensinar exige alegria e esperança [...]. A esperança é uma espécie de ímpeto natural e necessário, a desesperança é o aborto desse ímpeto. A esperança é um condimento indispensável à experiência histórica. Sem ela, não haveria História, mas puro determinismo. Só há História onde há tempo problematizado e não pré-dado.

Paulo Freire

RESUMO

BRAVO, E.S. Residência Médica em Medicina do Trabalho: contradições e consensos. [Tese de Doutorado]. Botucatu/SP (BR): Faculdade de Medicina de Botucatu; 2020. Português.

Introdução: Diferentes concepções ainda vigoram nas relações saúde-trabalho no Brasil. A Medicina do Trabalho (MT)/Saúde Ocupacional (SO), tem como principal objetivo o controle e reprodução da força de trabalho de acordo com os interesses do capital. A Saúde do Trabalhador (ST), voltada aos determinantes sociais da relação saúde-doença, preconiza ações interinstitucionais e seu principal objetivo é extinguir a naturalização social da ocorrência evitável de acidentes de trabalho (AT) e doenças ocupacionais (DO). Essa dualidade não responde aos desafios postos para a intervenção nos determinantes dos agravos à saúde dos trabalhadores. Diferente das demais especializações, a ST exige dos profissionais lidar com situações paradoxais e conflituosas agravadas por mudanças rápidas e radicais do mundo do trabalho. **Justificativa:** A demanda deste estudo veio da implantação do Programa de Residência Médica no CEREST Piracicaba e sua crítica aos modelos de MT e SO. No âmbito da saúde pública, as relações trabalho-saúde são de grande relevância quando se considera as causas externas de morbimortalidade das populações. A alta prevalência de subnotificação dos agravos à saúde, decorrentes das condições de trabalho pode ser um dos fatores que indicam a deficiência do ensino médico em saúde do trabalhador. A evolução do conhecimento necessário ao controle dos perigos e riscos é mais lenta que as mudanças do mundo do trabalho. **Objetivo:** analisar a formação do médico em nível de pós-graduação para atuação no campo saúde-trabalho, à luz das mudanças do mundo do trabalho. **Metodologia:** através de uma abordagem qualitativa, buscou-se fazer um estudo exploratório e descritivo de quatro programas de Residência Médica em MT (PRM I, II, III e IV), através de entrevistas semiestruturadas, com auxílio de um roteiro previamente estabelecido. Foram selecionados programas com tradição na área e que nos últimos dez anos ofereceram residência médica em MT. Foram entrevistados, nas respectivas instituições, coordenadores de três programas localizados na região sudeste e um na região nordeste. As entrevistas foram gravadas, transcritas e analisadas, juntamente com o material documental fornecido, segundo descrição dos conteúdos organizados no roteiro, resultando em três eixos temáticos: 1) conteúdo programático; 2) aspectos gerais e representação social dos coordenadores; e 3) a formação e seus conflitos. **Resultados:** dos quatro coordenadores entrevistados duas eram do sexo feminino; ocupavam os cargos de professora associada, docente, supervisor e coordenador da Saúde do Trabalhador no curso graduação da instituição. A Comissão Nacional de Residências Médicas (CNRM) é instituição de regulamentação e controle dos programas, mas não estimula a prática de atividades didáticas e a integração dos hospitais universitários ao SUS. Todos os programas cumprem os conteúdos programáticos mínimos estabelecidos pela CNRM, mas observou-se que, em alguns programas, há dificuldades no oferecimento de conteúdos teóricos obrigatórios devido ao não envolvimento de professores dos cursos “stricto sensu”. Quanto ao conteúdo programático, destacou-se o PRM II que inseriu a matriz de competências como estratégia pedagógica. Todos os coordenadores relataram dificuldades na construção do campo de práticas originadas pela desestruturação dos serviços públicos, resistência das empresas no acesso dos alunos aos setores produtivos, descenso da ST no movimento sindical, entre outras. Três programas destacaram a mudança do perfil dos alunos nos cursos de RM caracterizada, por um deles, como “ruptura geracional”. Todos relataram que a especialidade está desprestigiada entre os médicos. Em todos os programas observou-se conflitos de várias origens, mas aqueles relacionados às

competências de juízo moral como, por ex., a falta de uma escuta empática do médico às queixas dos trabalhadores, são os que mais desafiam os coordenadores e suas propostas didático-pedagógicas. **Discussão:** O SUS é projeto contra hegemônico e isso dificulta a institucionalização da ST como espaço para a formação médica. Na lógica do capitalismo contemporâneo os profissionais que atuam na área da Medicina do Trabalho nas empresas não conseguiram dar respostas prevencionistas aos agravos à saúde dos trabalhadores, a despeito das exigências legais vigentes. Observa-se que as bases estruturais do mundo do trabalho que conceberam a ST hoje não são as mesmas. Nesse contexto, observou-se que houve programas pensados para atender ao SUS, voltados para a ST, e não conseguiram manter seus propósitos, assim como houve quem formasse só para a MT e precisou incorporar elementos da ST. **Considerações finais:** O despreparo dos programas em lidar com as questões didático-pedagógicas os distancia de outras alternativas/apoio de práticas criativas. As mudanças que ocorrem no campo das práticas são aproveitadas de modo pontual e parcial para estimular reflexões críticas como o desenvolvimento de competências de juízo moral. ST não se inseriu estrategicamente na Atenção Básica de forma a atender o “proletariado de serviços“, os PRMMT não parecem ter campos de práticas para atuação nesse segmento. A educação permanente como estratégia nos PRMMT poderá aproximar cursos lato sensu e stricto sensu, permitir a discussão das competências de juízo moral, enfim dar apoio aos docentes nos enfrentamentos dos conflitos.

Palavras chave: formação médica, saúde do trabalhador, medicina do trabalho, saúde ocupacional, avaliação em saúde.

ABSTRACT

BRAVO, E.S. Medical Residency in Occupational Medicine: contradictions and consensuses. [Doctoral Thesis]. Botucatu/SP (BR): Faculdade de Medicina de Botucatu; 2020. Portuguese.

Introduction: In Brazil, the medical specialization programs that approach the work-health relationship first emerged in the 1970's, as a requirement of the former Ministry of Labor, in order to qualify physicians for corporate medical services. As an alternative to old solutions, in the 1980's, service training with distinctive designs, of which some were more focused on the field of Occupational Health in the public sphere, while others were more influenced by the traditional Occupational Medicine and Occupational Health, not yet evaluated in the country. Such duality does not respond to the challenges posed by the intervention in the determining factors for the workers' health issues. Differently from other specializations, OH requires medical professionals to deal with paradoxical and conflicting situations, aggravated by rapid and radical changes in the world of work. **Purpose:** The demand for this study followed the implementation of the Medical Residency Program in CEREST Piracicaba and its criticism to OM and OH models. **Objective:** to review the physician's training during a Medical Residency Program (MRP), for subsequent performance in the work-health field, in the light of changes in the world of work. **Methodology:** from a qualitative approach, a descriptive exploratory study of four Medical Residency Programs in OM (MRP I, II, III and IV) was developed, based on semi-structured interviews and a previously established script. Programs with a tradition in the area, which in the last ten years have offered medical residency in OM, were selected. Coordinators of three programs located in the Southeast and the Northeast were interviewed in their respective institutions. Interviews were recorded, transcribed and analyzed jointly with the documental material provided. **Findings:** According to the description of contents organized in the script, the analysis resulted in three axes: 1) program content; 2) general aspects and social representation of the coordinators; and 3) education and its conflicts. Of the four coordinators interviewed, two were female; they held the positions of associate professor, professor, supervisor and coordinator of the Occupational Health program. According to the respondents' report, the medical residency in Occupational Medicine is underappreciated by both the Ministry of Education and the Ministry of Health. The relationship between MR and graduate programs seem to associate competition and symbiosis. Some programs have difficulty to offer mandatory theoretical contents, partly because they are evaluated by criteria that do not value specialization; however, others have *stricto sensu* graduate courses being attended by MR students. In one of the programs, the skills matrix was inserted as a pedagogical strategy, facilitating the perception of the current challenges to specialist education. All the coordinators reported difficulties building a field of practice, which stem from a combination of absent public service structure, corporate resistance to providing students with access to the productive industry, OH decrease in the union movement, among others. Three programs have highlighted the change in the students' profile in MR programs, named by one of them as a "generational rupture". In all of them, this specialty is seen as discredited among medical doctors. There were reports on conflicts of various origins; however, those related to moral judgment skills such as, for example, a physician's lack of empathetic listening to workers' complaints, are the most challenging for the coordinators and their pedagogical proposals. **Discussion:** The SUS is a counter-hegemonic project, which makes it difficult for the OH to be institutionalized as an area of medical education. According to the logic of contemporary capitalism, professionals working for corporations in the Occupational Medicine area have failed to provide preventive

measures to avoid the aggravation of workers' health, despite the legal requirements in effect. It is noteworthy that the structural foundations of the world of work present in the early days of OH are not the same today. Data show programs designed to fulfill the SUS demands that have failed to maintain their purposes and have adopted parts of traditional OM/OH education programs. On the other hand, programs originally designed for OM/OH began to adopt elements of the OH education program. **Final considerations:** The MRPs reviewed have failed to become a substitute for specialization programs, and are proposals in search of an object. Which proposal should be offered, given that all of them seem to associate the contents of traditional Occupational Medicine/Occupational Health inside the SUS while, at the same time, they seem to remain distant from the fields of practices that would allow qualified professionals to handle the health impacts of the new service proletariat, as well as exposure to emerging, little known risks. The educational challenges seem to go through both the absence of a planned insertion of OH in the Basic Care service demanding, for example, strategies that focus on the impacts of the upsurge of precarious work, and the access to fields of practice that handle the consequences of emerging risks according to molds that combine the rollout of pedagogical strategies encouraging the development of moral judgment skills from pre-selected situations, and an optimized management of daily service situations.

Keywords: medical education, worker health, occupational medicine, occupational health.

LISTA DE ILUSTRAÇÃO

Quadro 1 – Síntese da identificação acadêmica dos coordenadores	162
Quadro 2 – Quadro comparativo da Regularização dos Programas de Residência Médica no CNRM	163
Figura 1 – Diagrama de Vigilância da Saúde de Paim	81

SIGLAS E ABREVIATURAS

ABEM.....	Associação Brasileira de Educação Médica
ABP	Aprendizagem Baseada em Problemas
AMB	Associação Médica Brasileira
ANAMT	Associação Nacional de Medicina do Trabalho
ANMP.....	Associação Nacional dos Peritos Médicos Federais
ASO	Atestados de Saúde Ocupacional
AT.....	Acidente de Trabalho
CAT	Comunicação de Acidente de Trabalho
CEBES.....	Centro Brasileiro de Estudos da Saúde
CEMT	Curso de Especialização em Medicina do Trabalho
CEP.....	Comitê de Ética à Pesquisa
CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador Estadual de São Paulo
CF	Constituição Federal
CFM.....	Conselho Federal de Medicina
CGRs	Colegiados de Gestão Regional
CIESs.....	Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço
CINAEM	Comissão Interinstitucional de Avaliação das Escolas Médicas
CIPA.....	Comissão Interna de Prevenção de Acidentes
CIPLAN.....	Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação
CIST	Comissão intersectorial de Saúde do Trabalhador
CLT.....	Consolidação das Leis do Trabalho
CME	Comissão Mista de Especialidades
CNE/CES.....	Conselho Nacional de Educação
CNRM	Comissão Nacional de Residência Médica
CNRS.....	Comissão Nacional da Reforma Sanitária
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COFINS.....	Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social;
COREME	Comissão de Residência Médica
CRM	Conselho Regional de Medicina
CRST	Centros de Referência em Saúde do Trabalhador
CSLL	Contribuição Social pelo Lucro Líquido;
CUT	Central Única dos Trabalhadores
CVE	Centro de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Estadual de Saúde/SP
DCN.....	Diretrizes Curriculares Nacionais
DCV.....	doenças cardiovasculares
DRS	Direção Regional de Saúde
EaD.....	Ensino à Distância
EBSERH.....	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EPI.....	Equipamento de Proteção Individual
EUA	Estados Unidos da América
FUNDACENTRO	Fundação Jorge Duprat de Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho

GEISAT	Grupo Executivo Interinstitucional de Saúde do Trabalhador
GM.....	Gabinete do Ministro
GM/MS.....	Gabinete do Ministro do Ministério da Saúde
IBGE.....	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICMS	Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (esfera estadual);
IN	Instrução Normativa
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
IPI	Imposto sobre Produtos Industrializados;
IPTU	Imposto Predial e Territorial Urbano (municipal).
IRPJ	Imposto de Renda de Pessoa Jurídica;
ISS	Imposto sobre Serviços (municipal);
LER/DORT.....	Lesão por Esforço Repetitivo/Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho
LM	Laboratório de Mudanças
LOS.....	Leis Orgânicas da Saúde
MEC	Ministério da Educação
MEC/INEP/DAES	Ministério da Educação/Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais/ Diretoria de Avaliação da Educação Superior
MOI	Movimento Operário Italiano
MPT	Ministério Público do Trabalho
MS	Ministério da Saúde
MS/MPS/MT	Ministério da Saúde/Ministério da Previdência Social/Ministério do Trabalho
MST	Movimento dos Trabalhadores Sem Terra
MTIC	Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio
NEP.....	Núcleo de Educação Permanente
NIDES	Núcleo Interdisciplinar para o Desenvolvimento Social
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB-SUS.....	Norma Operacional Básica do SUS
NOST.....	Norma Operacional de Saúde do Trabalhador
NR.....	Normas Regulamentadoras
OIT	Organização Internacional do Trabalho
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS.....	Organização Pan Americana de Saúde
OS.....	Organizações Sociais
PCMSO.....	Programas de Controle Médico de Saúde Ocupacional
PCTBI.....	Projeto de Cooperação Técnica Brasil-Itália
PDI.....	Plano de Desenvolvimento Institucional
PEM.....	Programa de Estágio Monitorado
PET-Saúde	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PIAT	Programa Integrado de Assistência ao Acidentado
PIB	Produto Interno Bruto
PIS	Programa de Integração Social;
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
PNS.....	Pesquisa Nacional de Saúde

PPP	Projeto Político Pedagógico
PPRA	Programa de Prevenção de Riscos Ambientais
PRM.....	Programa de Residência Médica
PRMMT.....	Programa de Residência Médica em Medicina do Trabalho
PROGPG	Programa de Pós-Graduação
PROMED	Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nas Escolas de Medicina
PRP	Programa de Reabilitação Profissional
PST	Programa de Saúde do Trabalhador
PUC/SP.....	Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
R1	Residente – 1ºano de residência
R2	Residente – 2ºano de residência
RDH.....	Relatório de Desenvolvimento Humano
RENAST.....	Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
RM.....	Residência Médica
SBPC	Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência
SEESMET	Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho
SESAU	Secretaria de Saúde
SESI.....	Serviço Social da Indústria
SESMT	Serviços Especializados em Segurança e Medicina do Trabalho
SHI.....	Serviço de Higiene Industrial
SILOS	Sistemas Locais de Saúde
SINAN.....	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SMEs	Serviços Médicos de Empresa
SMRT	Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho
SMT	<i>Association Santé et Médecine du Travail</i>
SO	Saúde Ocupacional
SST	Segurança e Saúde no trabalho
ST	Saúde do Trabalhador
SUDS.....	Sistema de Saúde Único e Descentralizado
SUS.....	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão do Curso
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TST.....	Tribunal Superior do Trabalho
UEL	Universidade Estadual de Londrina
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura
UNICAMP.....	Universidade Estadual de Campinas
USP.....	Universidade de São Paulo
VISAT	Vigilância em Saúde do Trabalhador

SUMÁRIO

UM POUCO DA MINHA HISTÓRIA	19
APRESENTAÇÃO	22
CAPÍTULO I	27
1 INTRODUÇÃO.....	27
1.1 Aspectos Gerais	27
1.1.1 A desmitificação do Relatório Flexner	27
1.1.2 A corporação médica.....	31
1.2 Saúde Coletiva: um projeto preventivista latino-americano	36
1.2.1 Os reflexos do movimento desenvolvimentista, a Reforma Sanitária Brasileira e o SUS	43
CAPÍTULO II.....	52
2 A FORMAÇÃO MÉDICA EM SAÚDE DO TRABALHADOR	52
2.1 Saúde e Trabalho	52
2.1.1 Aspectos históricos da relação saúde-trabalho.....	52
2.1.2 Aspectos históricos da relação saúde-trabalho no Brasil colônia	54
2.1.2.1 A Escravização Indígena	54
2.1.2.2 A Escravização Africana	55
2.1.3 Aspectos históricos da relação saúde-trabalho no Brasil industrializado	60
2.2 Contribuição da Medicina Social Latino-Americana para a Saúde do Trabalhador	62
2.2.1 A Saúde do Trabalhador no SUS	64
2.2.2 A construção jurídico-legal em Saúde do Trabalhador.....	67
2.3 A Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT).....	73
2.3.1 Vigilância à Saúde.....	73
2.3.2 A VISAT	Erro! Indicador não definido.
2.3.3 A prática da Vigilância em Saúde do Trabalhador	78
2.3.3.1 Diagrama de Vigilância à Saúde de Jairnilson Silva Paim	79
2.3.3.2 Análise de riscos tecnológicos ambientais proposto por Marcelo Firpo.....	82
2.3.3.3 Resultados da prática da VISAT no SUS	84
2.3.3.4 A VISAT na vida real.....	88
2.4 Impactos neoliberais na saúde (do trabalhador)	95
2.5 Educação e Saúde	98
2.5.1 Aspectos gerais e históricos da educação.....	98
2.5.1.1 O Ensino Universitário	106
2.5.1.2 Educação Superior em Saúde	109
2.5.1.3 Práticas Pedagógicas em Saúde Coletiva	115
2.5.1.3.1 A formação por competências	119
2.5.2 Educação e ética.....	126
2.5.3 A Residência Médica no Brasil.....	128
2.5.3.1 A Residência Médica em Medicina do Trabalho	130
2.5.3.2 Os conflitos nas relações saúde trabalho nas estruturas conceituais	135
2.5.4 Bioética	140
2.5.4.1 Ética e Moral	140
2.5.4.2 Bioética e saúde do trabalhador.....	141

CAPÍTULO III	146
3 PERCURSO METODOLÓGICO	146
3.1 QUESTÕES DO ESTUDO	146
3.2 JUSTIFICATIVA	146
3.3 OBJETIVO GERAL.....	147
3.4 METODOLOGIA	147
3.4.1 FASE EXPLORATÓRIA	149
3.4.1.1 A LITERATURA SOBRE A FORMAÇÃO MÉDICA EM SAÚDE DO TRABALHADOR.....	149
3.4.1.2 Definição da amostragem.....	153
3.4.1.3 Coleta de dados	153
3.4.2 Trabalho de campo.....	154
3.4.3 ANÁLISE DOS DADOS	157
3.4.4 ASPECTOS ÉTICOS.....	158
CAPÍTULO IV.....	160
4 RESULTADOS	160
4.1 Perfil dos entrevistados	160
4.2 Regularização institucional dos PRMMT no CNRM.....	160
4.3 O individual e o coletivo nos PRMMT: análise temática das entrevista dos coordenadores.....	164
4.3.1 CONTEÚDO PROGRAMÁTICO, ESTRATÉGIAS DIDÁTICO- PEDAGÓGICAS E AVALIAÇÃO DOS DISCENTES	164
4.3.1.1 Processo Seletivo.....	164
4.3.1.2 Conteúdo Programático.....	166
4.3.1.2.1 R1.....	167
4.3.1.2.2 O curso de especialização em medicina do trabalho do PRM IV (atividade teórica do R1)	171
4.3.1.2.3 R2.....	175
4.3.1.3 Avaliação dos discentes.....	179
4.3.1.4 Estratégias didático-pedagógicas	184
4.3.1.4.1 APRENDIZAGEM POR COMPETÊNCIAS NO PRM II	189
4.3.1.5 Principais fontes bibliográficas e de consultas adotadas.....	191
4.3.2 ASPECTOS GERAIS DO CURSO E AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS COORDENADORES	194
4.3.2.1 A especialidade e seu prestígio	194
4.3.2.2 Fragilidades da formação dos alunos que ingressam na área ou dos médicos não especialistas	196
4.3.2.3 Formar médicos para servir a quem? Atuar no SUS ou no mercado privado?	197
4.3.2.4 Mudanças Destacadas.....	200
4.3.2.4.1 Perfil dos residentes	200
4.3.2.4.2 A Saúde Coletiva na formação em Saúde do Trabalhador	201
4.3.2.4.3 Mudanças ocorridas no perfil epidemiológico de doenças relacionadas ao trabalho	203
4.3.2.4.4 Das emergências de desastres, novos tipos de acidentes e/ou acontecimentos afins ao campo.....	206
4.3.2.4.5 Dos aspectos jurídicos legais	206
4.3.2.4.6 Do Mercado do Trabalho.....	208
4.3.2.4.7 Causadas pelos conhecimentos e posicionamentos da sociedade científica.....	211

4.3.2.4.8	Decorrentes de movimentos sociais, políticos e debates científicos relacionados a saúde do trabalhador e ao meio ambiente em geral.....	212
4.3.2.4.9	Quanto à trajetória conceitual referida na evolução histórica da Medicina do Trabalho para a Saúde do Trabalhador.....	213
4.3.2.4.10	Por mudanças originadas em outros fatores ou condicionantes.....	218
4.3.2.5	Aspectos positivos e negativos do programa.....	222
4.3.2.6	Opinião dos coordenadores sobre a formação para o campo da Saúde do Trabalhador no Brasil.....	225
4.3.3	A formação e seus conflitos.....	229
4.3.3.1	Entre os alunos e o programa.....	229
4.3.3.2	Conflito ou simbiose na relação <i>Stricto Sensu</i> x <i>Lato Sensu</i> ?.....	230
4.3.3.3	Medicina do Trabalho ou Saúde do Trabalhador – um conflito ideológico.....	232
4.3.3.4	Situações que do ponto de vista bioético são potencialmente conflitantes.....	233
CAPÍTULO V.....		238
5 DISCUSSÃO.....		238
CAPÍTULO VI.....		261
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....		261
REFERÊNCIAS.....		265
ANEXOS.....		274
Anexo 1 – Resolução CNRM nº 02/2006 de 17 de maio de 2006 – define conteúdo mínimo para a Residência em Medicina do Trabalho.....		274
Anexo 2 – Roteiro utilizado na Pesquisa.....		278

UM POUCO DA MINHA HISTÓRIA

Trabalhava no Centro de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Estadual de Saúde/SP - CVE, classificava as fichas de notificação das meningites. O Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina da Santa Casa de São Paulo oferecia dez vagas do curso de Especialização em Medicina do Trabalho para servidores do CVE, então me candidatei e iniciei o curso.

Como pediatra o tema do meu Trabalho de Conclusão do Curso – TCC, foi a erradicação do trabalho infantil. Assim, meus primeiros passos na Saúde do Trabalhador foram dados no Projeto de Erradicação do Trabalho Infantil do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador Estadual de São Paulo – CEREST/SP. Fui convidada a permanecer no projeto, e transferei, então meu vínculo estadual do CVE para o CEREST/SP.

A erradicação do trabalho infantil era apenas um dos grandes problemas enfrentados pela equipe histórica, na luta pela criação da Saúde do Trabalhador, no SUS. Desconhecia totalmente essa história, mas comecei a vislumbrar e compreender o mundo real do trabalho. Foi impossível não me envolver com temas cujos aspectos políticos e sociais me tocavam. Durante dois anos e meio, aprendi muito.

Em 1999, fui convidada a levar meu vínculo estadual para Piracicaba, interior de São Paulo. Aprovada no concurso público, como pediatra plantonista no Pronto Socorro Municipal de Piracicaba, meu vínculo estadual foi transferido para Direção Regional de Saúde XV/Piracicaba – DRS XV.

Em 2002, nas eleições municipais em Piracicaba, vence o Partido dos Trabalhadores. Foi uma época de expansão do então Programa de Saúde do Trabalhador (PST) do Município de Piracicaba, onde algumas pessoas já me eram conhecidas dos tempos do CEREST/SP. Não havia médico do trabalho fixo na equipe, minha transferência do Pronto-Socorro para o PST resolveu o problema de atendimento aos trabalhadores, e me fez retornar às atividades em Saúde do Trabalhador.

Já em 2003, o PST passou a ser CEREST Regional Piracicaba. Éramos uma equipe multiprofissional, com vinte profissionais. Trabalhávamos a vigilância em saúde do trabalhador por projetos, onde todos eram envolvidos. Em 2006, a equipe era composta por dois doutores e seis mestres.

Conhecendo um pouco mais da Saúde do Trabalhador, com total identificação com meus pares, desenvolvemos um serviço pautado na intensificação dos conhecimentos, do atendimento e do diálogo com os trabalhadores, levados por um sentimento de solidariedade.

Desenvolvemos algumas atividades de assistência nos moldes do CEREST/SP: criamos o grupo “Qualidade de Vida” onde os trabalhadores com LER/DORT, compartilhavam suas angústias (mais tarde se tornou Associação dos Portadores de LER/DORT de Piracicaba); trouxemos acupuntura como uma opção terapêutica para os trabalhadores adoecidos; capacitamos profissionais da rede municipal de saúde na formação de grupos de Lian Gong nas unidades básicas de saúde e nas equipes do PSF e mantínhamos um diálogo aberto com os sindicatos.

Em 2005, através de concurso público, passei a ser médica perita da Gerência Executiva do INSS em Piracicaba. Era o primeiro concurso para médicos peritos depois de muitos anos, sendo criada, nessa época, a carreira de médico perito do INSS, no governo Lula. Desvinculei-me da DRS XV, e fiquei com vínculo municipal e federal.

Em 2008, passei a coordenar o Programa de Reabilitação Profissional (PRP), da Gerência Executiva do INSS, em Piracicaba. Nesse cargo, com a participação das assistentes sociais e médicos peritos da equipe do PRP do INSS, com o apoio dos profissionais do CEREST Piracicaba e da FUNDACENTRO, desenvolvemos um projeto de reabilitação profissional com pesquisadores do Canadá, o qual pretendia adaptar a concepção canadense de reabilitação profissional à realidade brasileira. Em 2012, a versão brasileira desse projeto foi sugerida como modelo oficial de reabilitação profissional da instituição junto ao Instituto da Previdência e Seguro Social. Diante das disputas de modelos no nível central, nossa proposta não vingou.

Dois momentos importantes marcaram a trajetória da equipe do CEREST Piracicaba, enquanto técnicos de Vigilância à Saúde do Trabalhador:

- Curso de Ergonomia sob a óptica francesa que possibilitou a ampliação do olhar dos técnicos sobre a atividade de trabalho, e aproximou as práticas dos setores da assistência e vigilância do CEREST Piracicaba.
- A ferramenta “Laboratório de Mudanças”(LM), que permitiu avançar e complementar os aprendizados da Ergonomia, ao implementar a intervenção participativa nos ambientes de trabalho através da aprendizagem expansiva, baseada na teoria da atividade histórico-cultural.

O entendimento dessas abordagens permitiu um amadurecimento do conhecimento teórico-prático da equipe. Muitos artigos acadêmicos foram produzidos, como resultado dos projetos de pesquisas desenvolvidos no serviço.

Como resultado do LM desenvolvido no próprio CEREST/Piracicaba, cuja demanda foi a reorganização das práticas de vigilância e o aprendizado do método, foi criado o Núcleo de Educação Permanente (NEP) do CEREST Piracicaba, com a finalidade de otimizar as práticas de aprendizado em serviço da equipe do CEREST, e de capacitação em Saúde do Trabalhador de alunos dos cursos de enfermagem, técnicos de segurança do trabalho e psicólogos de cursos externos que procuravam o CEREST Piracicaba.

Ano 2014, Dilma presidente, implantou as residências médicas no SUS. A Secretaria de Saúde do Município de Piracicaba adere ao Programa Mais Médicos, e convida o CEREST a implantar a residência em Medicina do Trabalho. Éramos em três médicos, um foi contra essa proposta, outro concordou em ser preceptor, e eu assumi a coordenação. O NEP agora iria formar médicos em Saúde do Trabalhador ou em Medicina do Trabalho como dizia o edital do concurso público para médicos candidatos.

Por muitas razões o Programa de Residência Médica em Medicina do Trabalho em Piracicaba, não conseguiu se consolidar, enquanto área de formação médica. Entre elas: diminuição do número de candidatos, e baixa permanência no serviço daqueles que eram aprovados; a secretaria de saúde que financiava a bolsa de estudos para os residentes do CEREST (o MS e MEC não dispunham esses recursos pois não era área prioritária), concluiu que a relação custo-benefício não justificava a continuidade do programa; as contradições encontradas com alguns alunos que não se identificavam com as propostas da Saúde do Trabalhador não conseguiram ser superadas; dificuldades em articular uma agenda com os profissionais do CEREST, e o programa estabelecido pela Comissão Nacional de Residência Médica – CNRM, diante das demandas do serviço.

Três anos de experiência como coordenadora desse programa, trouxeram inquietações que motivaram este estudo.

APRESENTAÇÃO

A Saúde do Trabalhador multiprofissional e interdisciplinar, nasce dentro da concepção da Saúde Coletiva, e se consolida com as propostas da Medicina Social Latino-Americana e o Movimento Operário Italiano-MOI. Apesar dessas origens não é designada como especialidade médica pelas instituições representativas da categoria médica. No que pese as diferenças conceituais, a especialidade que abriga a área na medicina, e que estuda as relações saúde-trabalho, é denominada, oficialmente, Medicina do Trabalho.

Pode parecer apenas uma questão de linguística, mas quando abrimos um edital de concurso público para o Programa de Residência Médica no Centro de Referência do Trabalhador Regional Piracicaba - CEREST Piracicaba, tivemos dificuldades em explicar aos candidatos e ao Secretário Municipal de Saúde de Piracicaba, porque o edital informava “Medicina do Trabalho” e nós oferecíamos “Saúde do Trabalhador.”

As justificativas e os esclarecimentos das diferenças conceituais, eram dadas no primeiro encontro entre os residentes e a equipe do CEREST Piracicaba. Como resultado dos quatorze alunos aprovados nos três anos de existência do Programa de Residência em Medicina do Trabalho da Prefeitura Municipal de Piracicaba, apenas um saiu com o registro de especialista em Medicina do Trabalho, hoje atuando como médico, aprovado em concurso público para atuação no CEREST Piracicaba. Portanto, este estudo emerge desta contradição.

Exponente da Medicina do Trabalho no Brasil, Dr. Bernardo Bedrikow, teve seu conteúdo de trabalho construído ao longo de muitos anos, analisado em um projeto de pesquisa realizado no Departamento de Saúde Coletiva da UNICAMP. A análise feita por Dr. Rubens Bedrikow, seu filho, e Dr. Jorge da Rocha Gomez, colega de trabalho desde o início da sua carreira, foi publicada em forma de artigo “Bernardo Bedrikow e a Medicina do Trabalho: o homem e a obra”, na Revista Brasileira de Medicina do Trabalho, em 2015. O anexo 2 do projeto é um texto intitulado “Por que duas “Medicinas” do Trabalho?” assinado por Dr. Bernardo Bedrikow e Dr. Jorge da Rocha Gomez. Nesse texto podemos ver a manifestação indignada de um profissional que exerceu a Medicina do Trabalho de forma ética e com profundo conhecimento, diante de comportamentos médicos injustificáveis, no seu entender:

Médico que estava apresentando algo sobre Lesões por Esforços Repetitivos e Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (LER/DORT) referia-se a colegas de um Serviço da Rede Pública com um desprezo e uma raiva que indicava um profundo sentimento de ódio. Por outro lado, também se vê muitos colegas da Rede referirem-se a colegas que trabalham em empresas como se todos fossem

profissionais sem nenhuma ética, prejudicando sempre aos trabalhadores. No meio acadêmico, fala-se em pesquisas direcionadas e financiadas por empresas que têm interesses num determinado resultado. Peritos previdenciários são criticados por defenderem a "casa" em detrimento dos segurados. No CRM, há processos envolvendo colegas dessas áreas por comportamentos equivocados.

Será que esses profissionais entendem que suas condutas são as mais corretas? Ou, no fundo, eles sabem que não o são, mas estão sendo coagidos ou direcionados a agir de maneira inapropriada? Ou, ainda, que sua formação foi de tal forma distorcida que eles nem se apercebem de suas condutas incorretas?

Todos estes aspectos ocasionam graves consequências para os trabalhadores e para os profissionais; prejudicam, e muito, a imagem da especialidade que não deve ser exercida com estas características. (BEDRIKOW, GOMEZ, 2015).

No âmbito da formação, diferentemente das demais especialidades médicas, o objeto de estudo dessa disciplina, extrapola os muros dos hospitais, ambulatórios ou pronto-socorros. Ele também está nas relações sociais do mundo do trabalho. Formado por vários cenários complexos, que só os saberes pertinentes à área biomédica não explicam o adoecimento/desgaste dos trabalhadores.

Mas, de que mundo do trabalho estamos falando? Para responder essa pergunta vamos trazer a voz do trabalhador, suas queixas e seus constrangimentos com os quais um grupo grande de pesquisadores e estudiosos no Brasil se solidarizam, no sentido de entender as contradições que estão em jogo, e se juntar aos trabalhadores, para que eles próprios sejam os protagonistas dessa luta.

O texto abaixo foi escrito por um trabalhador atendido no ambulatório do CEREST Piracicaba.

Eu, G.R., portador do RG... e CPF..., estou aplicando esta justa causa na empresa X, por motivo de trabalho escravo, roubo de tempo de permanência na firma, abuso de poder e autoridade por parte da coordenadoria da fábrica.

Com pouquíssimas pessoas para embalar os produtos em caixa, numa velocidade assustadora, causando danos graves à saúde. Durante 07:00 horas de trabalho corrido, chegamos ao final do expediente com fortes dores nas mãos, quase não conseguindo levantar os braços de tanta dor (massacre).

Não temos o direito de ir ao banheiro porque não podemos deixar o setor que começa a cair produto no chão (só pode ir quando alguém fica em nosso lugar e raramente isso acontece, precisamos pedir socorro para que alguém fique em nosso lugar ou então só no fim do expediente). Não podemos sair também para tomar água, vamos arrumar um grave problema renal! Por favor nos ajude. Nos roubam nosso tempo, na hora da saída, às 22:45 passamos o crachá e nos dirigimos ao vestiário que fica a uns trinta metros, para trocarmos de

roupa e então ir para casa por volta das 23:10h. Abuso de poder e autoridade.

A coordenadoria da empresa, por parte da Sra. C.B. fica todo tempo humilhando funcionário toda vez que alguém precisa que ela assine uma saída (não pode sair da fábrica sem a assinatura dela) por motivo de força maior, até mesmo por saúde, às vezes de familiares, mesmo que se desconte as horas ela fica humilhando o funcionário, pedindo que ele convença que de fato aquilo é verdade, caso contrário ela não assina.

Isso que relatei tanto é verdade que basta ver os casos de afastamento por tendinite, coluna, estresse. É por isso que a empresa atinge a meta de produção em semestres, as custas de vidas humanas (até quando isso vai durar?).

Eu, G.R. sem mais escrevo essas palavras e assino a presente em duas vias de igual valor.

Trata-se de uma denúncia feita à então Subdelegacia Regional do Ministério do Trabalho de Piracicaba, em jul/2004, que mostra a saúde do trabalhador comprometida pela organização do trabalho; as relações técnicas, sociais e políticas autoritárias existentes na empresa, enfim, responsabilidades para vários atores.

No geral, a corporação médica tem grande dificuldade em dividir responsabilidades com profissionais de outras áreas. Na área da Saúde do Trabalhador essa premissa traz um peso grande sobre as costas do profissional médico, pois envolve questões sociais com as quais não acham que devam se envolver. Tomam para si a decisão da vida profissional de um segurado da Previdência Social ao suspender o benefício do trabalhador, por exemplo; ou então, ao decidir o nexo causal entre as condições de trabalho e os agravos à saúde, seja na empresa ou em serviços públicos.

Mas o que faz um perito médico da previdência social dizer a um trabalhador que passou por uma cirurgia de artrodese de coluna cervical, depois de se expor durante alguns anos às condições inadequadas de trabalho, que ele pode voltar à sua rotina, pois ele, médico, também fez uma cirurgia da coluna e está lá trabalhando?

Para esta resposta poderíamos nos inspirar em várias áreas do conhecimento como psicologia, sociologia, ou mesmo a própria medicina, que nos ensina que a dor não se manifesta da mesma forma para todos os humanos, mas vamos nos deter naquela que não é uma resposta, mas uma pergunta feita por Dr Bernardo Bedrikow: “ [...] Ou, ainda, que sua formação foi de tal forma distorcida que eles nem se apercebem de suas condutas incorretas?”

Apelos como os de G.R. nem sempre tão explícitos, que fazem parte do dia a dia dos serviços de atenção à saúde do trabalhador e ao meio ambiente, assim como a experiência vivida no CEREST Piracicaba durante a curta existência do Programa de Residência Médica

em Medicina do Trabalho, nos levaram a questionar a responsabilidade da formação médica nesse cenário das relações saúde-trabalho.

Assim, este estudo se propõe a discutir a relação saúde-trabalho na formação médica no Brasil, a partir de dois períodos históricos: 1) fim do século XX; e 2) início do século XXI.

A primeira etapa, década de 1980/1990, influenciada pela Medicina Social Latino Americana e o Modelo Operário Italiano; e a segunda, a partir do ano 2000, influenciada pela institucionalização da Saúde do Trabalhador no SUS, a conjuntura política-social das duas primeiras décadas, e a configuração de um novo cenário no mundo do trabalho. A partir destes limites, fazer interpelações e situar desafios que esta trajetória permite, ao se considerar as mudanças ou ajustes ocorridos na formação em Saúde do Trabalhador, e analisar seus reflexos nos programas de residência médica em Medicina do Trabalho surgidos no século XXI.

Nosso estudo foi dividido em seis capítulos.

No **primeiro**, fizemos uma introdução sobre os aspectos gerais da história da formação médica, desde o polêmico relatório Flexner, que deu origem à “Medicina Científica”, responsável por grandes transformações das escolas médicas no mundo ocidental, até o movimento brasileiro que reagiu aos princípios desse modelo – o projeto preventivista latino-americano. A intenção foi trazer os valores embriados na prática médica, que revelam as especificidades de uma sociedade de classes estudados por Donnangelo, como a corporação médica se instituiu para defender seus interesses, e finalmente, os reflexos desse contexto na formação médica em saúde do trabalhador.

No **segundo**, abordamos a formação médica em Saúde do Trabalhador, iniciando pela relação saúde-trabalho, aspectos históricos que ocorreram no Brasil colônia e durante o período de industrialização; as contribuições da medicina social latino-americana, da reforma sanitária e do movimento operário italiano na criação do SUS e na Saúde do Trabalhador; o aparato jurídico-legal que deu sustentação às ações da Saúde do Trabalhador; e as influências do neoliberalismo na saúde em geral e na do trabalhador. Ainda no capítulo dois, estudamos as relações educação-saúde seguindo a mesma lógica. Iniciamos pelos aspectos históricos da educação; ensino universitário; educação em saúde; práticas didático-pedagógicas em saúde coletiva; e como surge a residência médica em saúde do trabalhador. Em um dos tópicos deste capítulo, inserimos algumas reflexões sobre ética na educação e bioética, através de uma singela (no sentido de “sem complicações”), mas profunda e abrangente conceituação de Rios (2016), e de uma visão mais voltada para a saúde do trabalhador, discutida por Lins et al.

(2015). Os objetivos aqui foram definir, na visão da pesquisadora, o que é ou não ético, e trazer discussão para o campo da Saúde do Trabalhador, que fuja de tendências a confrontos pessoais (não nos faltariam exemplos!), assumindo os fatores macrodeterminantes desse conflito.

O **terceiro** capítulo traz nosso percurso metodológico, passando pelas questões que nortearam nosso estudo, suas justificativas e seu objetivo geral. A metodologia qualitativa pautada no processo narrativo exploratório, teve como referencial teórico o campo das ciências sociais em saúde, abordado por Minayo (2014), que deu consistência à pesquisa e nos ajudou a percorrer o caminho para atingir nosso objetivo.

O **quarto** capítulo fala sobre os “Resultados” do nosso estudo. Requereu um grande esforço da pesquisadora para sintetizar os discursos dos entrevistados, sem perder as peculiaridades de cada programa.

O **quinto** capítulo, “Discussão”, foi abordado o ponto de vista da pesquisadora, sobre cada eixo temático analisado. Finalizamos este capítulo, discutindo a percepção dos coordenadores sobre a trajetória conceitual da Medicina do Trabalho para a Saúde do Trabalhador, que emergiu da fala dos entrevistados.

O **sexto** capítulo, considerações finais e conclusões, trazemos os pontos do estudo que nos pareceram mais relevantes para reflexão, mostrando algumas saídas para os constrangimentos enfrentados pelos entrevistados, segundo nossa análise, mas sem fechar recomendações específicas.

O desejo de que essa reflexão contribua, de alguma forma, para que essa realidade se transforme positivamente na formação médica em Saúde do Trabalhador, talvez seja a principal justificativa do nosso objeto de pesquisa. No centro das abordagens teórico-práticas da relação saúde-trabalho-educação, está o trabalhador que adoece, sofre, e muitas vezes morre, a serviço do lucro da classe dominante.

CAPÍTULO I

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos Gerais

A necessidade de formar médicos para atuar na relação saúde-trabalho surge após a revolução industrial no século XIX, inicialmente na Europa, e nas primeiras décadas do século XX no Brasil.

A reflexão sobre a educação médica de modo geral nos remete à discussão sobre em qual sociedade ela está inserida, quais relações interagem, e como se expressam as diversas contradições nesse emaranhado complexo de interesses distintos.

Para justificar as mudanças que ocorrem no ensino médico a argumentação mais frequente, é a sua inadequação para a produção de uma prática que responda às necessidades do cuidado médico, com forte influência dos dados epidemiológicos e dos avanços tecnológicos da produção na atenção médica. Para chegar aos objetivos propostos neste estudo, estas análises merecem ser aprofundadas.

Carvalho e Marques (2013), partindo do fato de que a sociedade contemporânea é desigual, destacam que “existem duas políticas educacionais antagônicas”. Uma, defenderia que, através da educação é possível resolver as iniquidades sociais; outra, afirmaria que, a escola cumpre um papel oposto, reafirma e aprofunda as desigualdades, reproduzindo a estrutura social. “Os movimentos de transformação da educação médica estão vinculados às transformações no campo geral da educação, e se dão em uma dessas duas políticas.”

De forma simplificada e resumida os autores dividem a história da educação médica dos últimos séculos em um período de hegemonia da concepção feudal, e a ruptura com o modelo feudal no início do capitalismo, onde ocorreu um desenvolvimento significativo dos conhecimentos acerca da medicina. As transformações ocorridas, culminam no controverso Relatório Flexner nos Estados Unidos da América (EUA).

1.1.1 A desmitificação do Relatório Flexner

Até o início do séc. XX nos EUA e no Canadá, o estudante era aprendiz dos médicos que eram considerados bem sucedidos. Não havia uma padronização ou uma cultura universitária no ensino médico. As escolas não eram acreditadas por órgão governamental ou

privado. Um grupo de médicos bem intencionados poderia ter uma escola médica, “se reuniam e criavam a escola sem qualquer fundamentação teórico-científica”. (PAGLIOSA, 2008).

Em 1910, Abrahm Flexner, um educador, a pedido da Fundação Carnegie, publica o estudo “*Medical Education in the United States and Canada – A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*”, que ficou conhecido como Relatório Flexner.

Das cento e cinquenta e cinco escolas nos EUA visitadas por Flexner, apenas trinta e uma tinham condições de continuar funcionando. Buscava a excelência na preparação dos futuros médicos, introduzindo uma racionalidade científica para o contexto na época. (Pagliosa, 2008).

Como consequência do Relatório Flexner nos 12 anos posteriores à sua publicação, o número de Escolas de Medicina nos Estados Unidos, caiu de cento e trinta e uma para oitenta e uma. O número de escolas médicas homeopáticas diminuiu de 20 para 4 entre 1910 e 1920. Muitas se converteram ao modelo biomédico. Cinco das sete escolas para negros foram fechadas. A escola médica se elitizou e passou a ser freqüentada pela classe média alta.

No ano de comemoração dos cem anos da obra de Flexner, pesquisa realizada por Almeida Filho (2010), menciona que em muitos países ocidentais o relatório desencadeou profundas mudanças no ensino médico, além de “*consolidar a arquitetura curricular que hoje predomina na rede universitária dos países industrializados*”, e trouxe, na prática, “*critérios de cientificidade e institucionalidade para regulação da formação acadêmica e profissional no campo da saúde.*”

No Brasil o Relatório Flexner foi implantado a partir da Reforma Universitária de 1968, em pleno regime militar.

A revisão da literatura sobre educação médica e formação profissional levantada por Almeida Filho (2010), identificou “uma rede de referências bibliográficas caudatárias, convergentes e concordantes na construção discursiva anti-Flexner.”

Segundo Almeida Filho (2010, p. 2235), identificam-se como Modelo Flexneriano:

- Conteudismo pedagógico: ensino massificador, passivo, hospitalocêntrico, individualista e tendente à superespecialização com efeitos nocivos sobre a formação profissional em saúde;
- Biologismo anti-humanista: princípio biologicista de doença, com negação da determinação social da saúde, formação laboratorial no ciclo básico, formação

clínica em hospitais, estímulo à disciplinaridade, numa abordagem reducionista do conhecimento;

- Tecnologização da prática: faz da medicina “uma engenharia biomédica que cria uma nova forma de mediação entre o homem e as doenças, os milagres da medicina tecnológica”
- Medicina curativa individualista: elege o indivíduo como seu objeto e aliena-o excluindo os aspectos sociais. “Prestigia o fisiopatologismo em detrimento da causa”
- Submissão às corporações médicas: politicamente incompatível com o contexto democrático brasileiro, e com as necessidades da atenção à saúde da população, “participação da profissão organizada, via Associação Médica Americana, na origem e na consecução do Relatório.

Os cinco pontos acima descritos como Modelo Flexneriano constituíram o que Almeida Filho (2010), designou de “montagem mitológica restrita”.

Para desconstruir os mitos a partir da “súmula bibliográfica de Abraham Flexner incluindo vida, obra, pensamento e impacto no cenário intelectual de início e meados do séc. XX”, e também de revisão “das formas de representação de Flexner e seu pensamento na literatura brasileira contemporânea sobre educação em saúde”, Almeida Filho (2010), se contrapõe à visão crítica dos estudiosos/teóricos do campo progressista da saúde pública brasileira.

Neste artigo, [...], pretendo explorar a seguinte hipótese: o que se apresenta como Modelo Biomédico Flexneriano e que, no Brasil, provoca tão intensas reações, não compreende, e até contradiz, o que Abraham Flexner pensa e escreve, no próprio Relatório Flexner e em outras obras. (ALMEIDA FILHO, 2010, p. 2.235).

Através de análise documental, Almeida (2010), mostra que:

[...] as escolas médicas se constituíram como feudos soberanos dentro do império das universidades. Em muitos casos, as faculdades se vinculavam às instituições como uma pequena universidade dentro da universidade separada e autônoma, com peculiaridades e regras próprias. Então, uma das recomendações do Relatório foi reintegrar a faculdade de medicina à instituição universitária. (ALMEIDA FILHO, 2010, p. 2.242).

A justificativa da recomendação de Flexner para a implantação da formação universitária prévia para acesso à formação profissional – o “collage”, se deu, segundo a

pesquisa realizada, para atender às necessidades de: humanizar a prática médica; necessidade de competência nas três ciências básicas da saúde (“de modo que não seja superficial, informativo tal como se faz na high school”); experiência da diversidade cultural; educação nas artes liberais; e por fim “mais maturidade nos candidatos à carreira da Medicina”.

Desconstruindo cada um dos cinco mitos com trechos extraídos do próprio Relatório, Almeida Filho (2010), resgata as propostas de Flexner:

- Quanto ao método pedagógico mostra que “a medicina moderna como todo ensino científico, é caracterizada pela atividade. [...] envolve tanto o aprender quanto o aprender como”, ou seja, aprende-se fazendo. Para Almeida (2010), esta foi “uma atecipação do método da aprendizagem baseada em problemas”;
- Contesta a visão exclusivamente biologicista e mecanicista “ao se referir às ciências básicas (Física, Química e Biologia) como mínimo necessário [...] elas fornecem de fato os instrumentos essenciais básicos da formação médica [...] mas pouco podem, além de servir como mínimo profissional permanente e, ainda assim, instrumentalmente inadequado. O médico lida de fato, com duas categorias. Física, Química e Biologia o capacitam a aprender um desses conjuntos. Ele precisa de uma perspectiva diferente e um aparato apreciativo para lidar com o outro, elementos mais sutis. [...] deve-se confiar no requisito insight e simpatia numa experiência cultural variada e ampla.”
- Combate à concepção tecnologizada ao afirmar que “[...] a medicina moderna é caracterizada por uma manipulação severamente crítica da experiência [...] lida, portanto, não apenas com certezas, como faz o empirismo, mas também com probabilidades, pressupostos, teorias. [...] a medicina distancia-se do empirismo ao reconhecer a qualidade lógica do seu objeto de conhecimento e prática.”
- Contrapõe-se claramente à ideia da medicina curativa e individual, quando diz: “Mas a função do médico está se tornando rapidamente social e preventiva, mais que individual e curativa. [...] nele [o médico] a sociedade confia para avaliar, e através de medidas essencialmente educacionais, executar as condições que previnem a doença e constroem positivamente o bem estar físico e moral. Desnecessário dizer que esse tipo de doutor é antes de tudo um homem bem educado.”

- O Relatório tem um capítulo sobre “os conselhos estaduais de regulação da prática médica com uma série de prescrições, principalmente avaliação externa e exames de acreditação, porém tais órgãos não seriam autonomamente geridos pelos profissionais médicos, e, sim, por representantes do governo e da sociedade. “Contribui ainda para o desmonte desse mito o fato de que “três dos seus princípios – o regime de ciclos, a dedicação exclusiva aos docentes e a proibição da clínica privada – foram objeto de ferrenha resistência da Associação Médica Americana, a ponto de seu Presidente, Arthur Bevan, arrogantemente, denunciar a Reforma Flexner como “the clumsy work of a layman” (o trabalho desastrado de um leigo) [...].”

Almeida Filho (2010), analisaria duas razões da deturpação sobre Flexner e sua obra: “o contexto ideológico-político de emergência dessa montagem, e o regime imaginário que lhe deu sustentação.”

Embora o trabalho de Flexner tenha permitido regulamentar o funcionamento das escolas médicas, ocorreu, a partir de então, um processo de eliminação de todas as propostas de atenção em saúde, que não estivessem inseridas no modelo supostamente proposto.

Após quinze anos da publicação do relatório, Flexner passou a acreditar que o currículo médico colocou um excesso de peso (valor) nos aspectos científicos da medicina com exclusão dos aspectos social e humanístico. Escreveu em 1925, “A Medicina Científica nos Estados Unidos - jovem, vigorosa e positivista - é hoje, infelizmente, deficiente em termos culturais e de fundo filosófico. (PAGLIOSA, 2008).

1.1.2 A corporação médica

Um fato importante que surge no mesmo período do Relatório Flexner é a crescente indústria farmacêutica que passa a comprar espaços para propaganda nas publicações da American Medical Association, entre outras. A corporação médica e o capital, passam então, a pressionar as instituições e governos a implantar a “Medicina Científica”.

“Medicina Científica se institucionalizou através da ligação orgânica entre o grande capital, a corporação médica e as universidades” (CARVALHO, MARQUES, 2013, p.2).

Como uma ciência, a medicina que historicamente existe muito antes do capitalismo, tende a revestir-se de uma neutralidade, com aparente autonomia e independência dos processos econômicos e político-ideológicos.

Mas, toda formação social para sobreviver precisaria garantir a reprodução das suas condições de produção, assim, à medida em que a medicina organizaria a produção de tudo que seria necessário para sua sobrevivência e desenvolvimento ela se entrelaçaria na estrutura da sociedade e perderia a sua neutralidade. (CARVALHO, MARQUES, 2013, p.3).

É preciso entender como se dão na prática médica as “*especificidades de uma sociedade de classes*”.

Um dos ângulos através dos quais se poderia apreender mais facilmente os nexos entre a prática médica e a estrutura de classes é dado pela própria diferenciação da prática médica conforme se destine às distintas classes e camadas sociais, diferenciação essa que tem sido registrada mesmo em sociedades onde a forma de organização dos serviços médicos faria supor a ocorrência de um padrão “igualitário” de consumo.

Assim é que, mesmo a partir do momento em que o cuidado médico se generalizou amplamente, como resposta, quer à necessidade de reprodução da força de trabalho frente ao passo de produção econômica, quer a momentos particulares do desenvolvimento, a nível político dos antagonismos de classe, verificou-se paralelamente: de um lado a seleção de grupos sociais a serem incorporados ao cuidado médico, conforme o seu significado para o processo econômico e político; de outro, uma diferenciação das instituições médicas voltadas para diferentes tipos de ações e diferentes clientela, a qual se expressa em grande parte em seu caráter “privado” ou “estatal” mas que não se esgota aí. (DONNANGELO, PEREIRA, 1976, p. 31).

Donnangelo (1975), discute ainda os valores tradicionais da profissão médica que está inserida na relação de profissões “nobres ou tradicionais”, pois detém o controle absoluto de uma área específica da atividade a partir de prolongada formação intelectual, um “sistema particular de valores, que legitima e sustenta padrões de comportamento profissional”, centrado no “ideal de serviço e de autonomia” cuja adesão de todos os profissionais, constitui um princípio de “coesão grupal”.

Autonomia, embora se refira às formas tradicionais de trabalho, ou seja, à prática da Medicina Liberal, sua defesa se estende à relação médico paciente, no qual o trabalho médico exige a eliminação da interferência do “leigo”, e o poder de julgamento das ações profissionais às pessoas de igual formação especializada, ganhando uma dimensão moral e técnica.

No contexto da relação pessoal mediada pela confiança se instala “um elemento carismático capaz de contribuir para o êxito das operações técnicas. Ao mesmo tempo, é

através da peculiaridade dessa relação que a medicina se define não apenas como ciência, mas também como arte e humanismo”. (DONNANGELO, PEREIRA, 1976).

Outro aspecto da relação médico-paciente, é que ela se declara “exclusiva - ato médico é um colóquio singular, isto é, uma espécie de duo que não comporta no silêncio do consultório senão dois personagens: o médico e o doente”. Essa questão está na centro do princípio ético do sigilo profissional, que ao se estabelecer uma “ação técnico-científica em relação a um dado paciente, a responsabilidade médica frente aos resultados do trabalho é estritamente individual”.

A autora coloca ainda, que todos esses princípios constituem a base das concepções do trabalho livre, e que não são concebidos como fatores especificamente éticos. Existe sim, “um sistema de valores e de um estilo peculiar e indispensável de manipulação de recursos científicos que constituem o outro pólo da uniformidade do médico como grupo profissional”.

Segundo Albuquerque (2009), a formação social capitalista, no seu início, deixa para o Estado o dever de criar a infra-estrutura necessária para a produção, através dos recursos originários da mais-valia¹ extraída do trabalhador médico e pagos ao estado via impostos, com uma parte paga pelo empregador. A partir da estabilização desta reprodução, passa a ser interessante para o capital retirá-la da responsabilidade do Estado.

No caso dos seguros e planos de saúde, a operação que realiza o Capital inclui desde semear o descrédito no serviço público, até disseminar a idéia de que a preservação da saúde e a manutenção da vida dependem do consumo dos produtos e serviços de saúde, cujo custo não poderá ser arcado diretamente pelo “consumidor” que, então, se convence da necessidade de adquirir o seguro. (ALBUQUERQUE, 2009, p.31).

Segundo Donnangelo (1975, p. 130), três órgãos de defesa profissional do médico surgem no Brasil entre as décadas de 1940 e 1950, e se mantem até os dias atuais:

- Sindicato dos médicos – ligado ao estatuto do médico assalariado, não assume um papel significativo de pressão ou de formulação capaz de aglutinar os profissionais exclusivamente assalariados, salvo algumas exceções. É legalmente representativo, envolve alguma obrigatoriedade de filiação e está ligado ao Estado.
- Conselhos de Medicina – também chamados “Ordem dos Médicos”, são autarquias federais, sem fins lucrativos. Tem a prerrogativa de fiscalizar o

¹ A mais-valia constitui todo o valor produzido pelo trabalho que supera o valor necessário para a reprodução da força de trabalho (ou seja, que supera o valor necessário para a preservação da capacidade de trabalho do trabalhador) e é apropriado pelo empregador. (MARX, 1996).

exercício profissional, através da aplicação do código de ética; desenvolve ações regulamentadoras com a formulação de resoluções e pareceres; ações judiciais no recebimento de denúncias, apuração de casos, abertura de sindicâncias e processos ético-profissionais; ações cartoriais, com o registro de profissionais ativos e de empresas; ações educacionais com estímulo à educação continuada; e ações políticas para promoção da saúde. Tem também um caráter representativo e exigem filiação obrigatória. Na medida em que representam a agência de sustentação do conjunto tradicional de valores, caracterizam-se mais como um sistema de referência para a legitimação ou não das novas condições do trabalho médico.

- Associação Médica Brasileira – (AMB) surge em 1951, como órgão de associação livre e voluntária, de profissionais que perdiam progressivamente a sua condição de autonomia no mercado. Atualmente, congrega a maior parte dos profissionais brasileiros, e tem representação em todos os Estados, através das suas regionais. Consta no seu Estatuto Social² de 1982, aprovado com modificações em assembléias ao longo dos anos, a última em 2015, as seguintes finalidades:

I. congregar os médicos e acadêmicos de medicina do país e suas entidades representativas, com o objetivo de atualização científica, defesa geral da categoria no terreno ético, social, econômico, cultural e de consumo;

II. propor modelos e contribuir para a elaboração da política de saúde, e aperfeiçoamento do sistema médico assistencial (público e privado) do país;

III. orientar a população quanto aos problemas da assistência médica, preservação e recuperação da saúde;

IV. conceder título de especialista, em conformidade com o disposto neste Estatuto e no regulamento próprio;

V. defender, em juízo ou fora dele, os interesses de seus filiados, desde que tais interesses possam ser caracterizados como coletivos ou difusos e possam acarretar benefícios diretos ou indiretos, para a classe médica, como um todo;

VI. elaborar, atualizar, divulgar e recomendar a classificação de procedimentos médicos, para prestação de serviços médicos;

VII. fomentar o ensino médico continuado;

² Acessado em 14/10/2018 no site https://amb.org.br/_arquivos/_downloads/ESTATUTO_FINAL_2016.pdf

- VIII. promover planos securitários e previdenciários para os associados;
- IX. contribuir para controle de qualidade das faculdades de medicina;
- X. contribuir para o estabelecimento de critérios para criação de escolas médicas no país;
- XI. promover campanhas de cunho social que visem prevenir, preservar e recuperar a saúde da população.

Desde o início de sua atuação a AMB tem-se constituído no mais importante centro de elaboração da ideologia³ liberal e de pressão sobre o Estado, ao buscar a reorganização das condições do sistema atual de produção de serviços de saúde. Se define representativo de toda “classe médica”, e, coerentemente, sustenta a defesa de princípios relacionados mais às características tradicionais da profissão do que das reivindicações particulares das categorias de trabalhadores que participam diversamente do mercado. (DONNANGELO, 1975).

Mais recentemente, na área das relações saúde e trabalho surgem outras instituições representativas:

- Associação Nacional de Medicina do Trabalho⁴ (ANAMT): fundada em 1968, é uma sociedade civil de caráter científico e profissional sem fins lucrativos, destinada a congregar e coordenar a atuação conjunta de profissionais interessados na promoção da saúde dos trabalhadores. Entre seus pilares fundamentais, estão a defesa da saúde do trabalhador, o aprimoramento e a divulgação científica, a defesa e a valorização profissional, além da promoção da educação continuada. O Título de Especialista em Medicina do Trabalho é emitido pela AMB/ANAMT, tendo o pleno reconhecimento do Conselho Federal de Medicina, da Associação Médica Brasileira e da Comissão Nacional

³ Entende-se por ideologia: “Além de procurar fixar seu modo de sociabilidade através de instituições determinadas, os homens produzem idéias ou representações pelas quais procuram explicar e compreender sua própria vida individual, social, suas relações com a natureza e com o sobrenatural. Essas ideias ou representações, no entanto, tenderão a esconder dos homens o modo real como suas relações sociais foram produzidas e a origem das formas sociais de exploração econômica e de dominação política. Esse ocultamento da realidade social chama-se ideologia. Por seu intermédio, os homens legitimam as condições sociais de exploração e de dominação, fazendo com que pareçam verdadeiras e justas. Enfim, também é um aspecto fundamental da existência histórica dos homens a ação pela qual podem ou reproduzir as relações sociais existentes, ou transformá-las, seja de maneira radical (quando fazem uma revolução), seja de maneira parcial (quando fazem reformas). O termo, agora, possui dois significados por um lado, a ideologia continua sendo aquela atividade filosófico-científica que estuda a formação das idéias a partir da observação das relações entre o corpo humano e o meio ambiente, tomando como ponto de partida as sensações; por outro lado, ideologia passa a significar também o conjunto de idéias de uma época, tanto como “opinião geral” quanto no sentido de elaboração teórica dos pensadores dessa época.” (Chauí, 1980).

⁴ Acessado em 14/10/2018 no site: <https://www.anamt.org.br/portal/sua-historia>

de Residência Médica, que são as três Entidades Médicas que compõem a Comissão Mista de Especialidades na área.

- Associação Nacional dos Peritos Médicos Federais⁵ (ANMP), antiga Associação Nacional dos Médicos Peritos da Previdência Social, criada em 2002, com o propósito de defender os interesses da categoria de médicos peritos da previdência social, em 23/11/2019, conquistou mudanças de carreira, almejadas por longa data. Em função das alterações funcionais, passa a se chamar Associação Nacional dos Peritos Médicos Federais (ANMP). Os peritos médicos federais passarão a revisar benefícios previdenciários, assistenciais, tributários e trabalhistas, conforme previsto na Lei nº 13.846/2019. O normativo é resultado da Medida Provisória 871/2019, editada pelo governo federal em janeiro do mesmo ano, para combater fraudes e irregularidades na Previdência. A mudança adequa a entidade às prerrogativas da nova carreira, e retira do Estatuto Social as vinculações e referências ainda existentes ao INSS.

Não menos importante, se tem observado no cotidiano dos serviços que compõem ainda esse cenário, os grupos virtuais não oficiais, de categorias médicas. Contribuem muito pouco com conteúdos técnicos, mas têm grandes influências na formação de opinião e de posturas éticas entre seus pares.

1.2 Saúde Coletiva: um projeto preventivista latino-americano

Os estudos sobre a criação da Saúde Coletiva no Brasil realizados por Mota et al. (2018), apontam que sua origem se dá nos anos 1940 e 1950, com a reforma da escola médica nos Estados Unidos, (medicina integral e preventiva) e da reforma da assistência a fim de inserir a população mais pobre (medicina comunitária), como decorrência da “Medicina Científica”, implantada em décadas anteriores, sob o impacto do Relatório Flexner.

Esse movimento estadunidense incluiu diversas correntes de pensamento com temáticas próximas, mas com desenvolvimentos próprios e estratégias de reformas distintas entre si (Medicina Integral, Medicina Preventiva, Medicina da Família, Medicina Generalista,

⁵ Acesado em 14/10/2018 no site: <https://www.anmp.com.br/sobre>

Medicina Comunitária, Integração Docente Assistencial). Em todas havia uma proposta integrativa se contrapondo.

Na visão de Teixeira et al. (2014), ao longo do século XX, esses movimentos de grupos e instituições propondo revisão de conceitos e estratégias na área de saúde, seja no âmbito da relação saúde-doença, seja nas formas de organização da produção de ações e serviços, foram chamados de *Movimentos Ideológicos* e tiveram como determinante a crise do modelo médico-assistencial, nos países capitalistas.

Nunes (1994), analisa a emergência de um projeto preventivista latino-americano, que teve suas origens na década de 50. Foram discutidas no Chile e México, em função da “crise de uma determinada medicina, tanto em sua teoria como em sua prática.”

O autor chama a atenção que as reformas que emergem dessa discussão, estavam vinculadas à um projeto pedagógico e não às práticas médicas, e cita para confirmar, a inclusão de algumas disciplinas na graduação em medicina, referentes à epidemiologia, ciências da conduta, administração de serviços de saúde e bioestatística, numa contraposição às críticas da biologização, das práticas hospitalocêntricas referidas ao “Modelo Flexneriano”, além de ampliar a visão sobre o indivíduo.

Essa teria sido a origem do modelo da medicina integral, a chamada “integração bio-psicossocial”, segundo Nunes (1994), “numa apropriação da expressão *comprehensive medicine*, [...] com destaque para a medicina da família “integrada no plano da comunidade”.

Se, no plano do conhecimento, é o momento de dar espaço a alguns conceitos sociológicos, antropológicos, demográficos, epidemiológicos e ecológicos, no plano político-ideológico o projeto preventivista se expressa na chamada “Medicina Comunitária” e seus desdobramentos nos programas extra-muros. (NUNES, 1994, p. 7).

Nunes (1994), apresenta a emergência do campo da Saúde Coletiva dividida em três etapas:

- Fase pré-Saúde Coletiva – durou 15 anos a partir de 1955, marcado pela instauração do projeto preventivista;
- Final da década de 70 – fase da medicina social
- Final dos anos 70 até 1994 – saúde coletiva propriamente dita.

Para o autor o surgimento dessas etapas reflete de forma ampla o contexto sócioeconômico e político-ideológico, além das sucessivas crises “no campo epistemológico como das práticas de saúde e de formação de recursos humanos.”

Osmo e Schraiber (2015), colocam como “marco o surgimento do termo Saúde Coletiva no Brasil e a criação da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - ABRASCO”, sem se oporem às origens defendidas por Nunes (1994).

Esses autores apontam também, que “o movimento social que originou a Medicina Preventiva como disciplina do currículo das escolas médicas, denominou-se de Medicina Integral, com objetivo de buscar a recomposição das práticas especializadas.” (OSMO; SCHRAIBER, 2015, p. 208).

No entanto, sem outros projetos integradores, além do ensino da prevenção, quer na formação ou na prática médica, a Medicina Preventiva se caracterizou por uma visão “liberal e individualizante das questões sociais.” (OSMO; SCHRAIBER, 2015).

A Medicina Comunitária que surge na década de 1960 nos Estados Unidos, “testados e institucionalizados sob a forma de movimentos organizados em comunidades urbanas tendo como objetivo reduzir as tensões sociais nos guetos das principais cidades norte-americanas”, foi uma resposta à falta de assistência à população mais pobre, em especial aos migrantes e aos idosos que estavam fora do mercado de trabalho e, portanto, do acesso à saúde.

Nesse período no Brasil, houve a implantação de centros comunitários de saúde subsidiados pelo governo federal, com a finalidade de executar ações preventivas e prestar cuidados básicos de saúde à população local.

Assim como na Medicina Preventiva, havia na proposta da Medicina Comunitária uma ênfase nas “ciências da conduta”. Nesse caso, entretanto, o conhecimento dos processos socioculturais e psicossociais destinava-se “a possibilitar a integração das equipes de saúde nas comunidades “problemáticas”, através a identificação e cooptação dos agentes e forças sociais locais para os programas de educação em saúde. (OSMO; SCHRAIBER, 2015, p. 209, apud PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998).

A Medicina Comunitária e a Medicina Preventiva, apesar de terem surgido em momentos diferentes nos Estados Unidos, chegam mais ou menos ao mesmo tempo no Brasil. (OSMO; SCHRAIBER, 2015).

No final da década de 1960 e começo da década de 1970, surge na América Latina a Medicina Social, que trouxe à discussão:

[...] a valorização do social enquanto esfera de determinação dos adoecimentos e possibilidades de saúde, na prevenção das doenças e promoção da saúde, assim como esfera própria de intervenção para além de, e em, uma articulação com a medicina como intervenção nos casos individuais. Trata-se, pois, de um olhar alternativo à redução biomédica em que se estruturou o saber e a prática da

medicina, ainda que com explorações diversas quanto ao sentido da valorização do social. (OSMO; SCHRAIBER, 2015, p. 209, apud VIEIRA da SILVA et al., 2014).

Segundo os autores a forte influência do olhar social na saúde na América Latina e principalmente no Brasil, foi o médico e sociólogo argentino Juan Cesar Garcia, com atuação na OPAS.

Garcia e muitos autores brasileiros que participaram da construção da Saúde Coletiva, buscaram “referências em uma abordagem histórico-estrutural do social e não apenas assumiram uma presença segmentada do social tal como a abordagem isolada de elementos do meio ambiente e da própria população.” (OSMO; SCHRAIBER, 2015, p. 9).

Os estudos de George Rosen, médico americano, têm sido apontados como de fundamental importância para a compreensão da medicina social, ao ressaltar os problemas sanitários que aumentavam diante das transformações do processo de industrialização. Esses estudos valeram-se dos movimentos que surgiram na Europa no séc. XIX, e apontaram uma questão central, segundo Osmo e Schraiber (2015, apud NUNES, 1983):

[...] qual orientação política o governo devia seguir a fim de aumentar o poder e as riquezas nacionais. Via-se como um dos principais meios a indústria. Em consequência disso, o trabalho passou a ser olhado pelos estadistas como um elemento essencial para gerar riqueza nacional. Qualquer perda de produtividade no trabalho em relação à doença ou morte era, nessa época, visto como um problema econômico significativo. Essa abordagem implicou na ideia de uma intervenção pública de caráter nacional para a saúde, que foi desenvolvida em diferentes direções, dependendo do país.

O primeiro país onde o Estado se preocupou com os problemas relacionados à saúde da população foram os Estados alemães, surgindo pela primeira vez a ideia de “polícia médica”. “O desenvolvimento e aplicação do conceito de polícia médica, foi uma tentativa pioneira de um exame metódico e preciso dos problemas de saúde, do ponto de vista social.” (OSMO; SCHRAIBER, 2015, apud ROSEN, 1983).

A administração pública “intimamente relacionada com o Estado absolutista”, sistematizou o pensamento e comportamento administrativo que “atribuiu ao estado absoluto as atividades de bem-estar. Ficava, entretanto, a cargo do legislador determinar qual era o maior bem-estar, de modo que o estado tinha o poder de intervir nos assuntos dos indivíduos visando o interesse geral” (OSMO; SCHRAIBER, 2015, apud ROSEN, 1983).

Na França o conceito de polícia médica não foi aceito. Na metade do séc. XIX, no contexto da Revolução Francesa, houve uma fértil junção entre filosofia social e medicina, que resultou em uma medicina permeada com espírito de mudança social.

O contato com as novas condições de vida decorrentes do processo de industrialização, como a condição dos trabalhadores e a realidade social em que viviam, fez emergir novas ideias no campo da saúde em suas relações com a sociedade. Desse cenário, germinou a ideia da Medicina Social. Jules Guérin foi um dos primeiros autores a utilizar esse termo, em 1848. (OSMO; SCHRAIBER, 2015, p. 210, apud ROSEN, 1983).

França e Alemanha assumem a Medicina Social e não a Polícia Médica como proposta de intervenção nacional:

[...] a ciência médica é intrínseca e essencialmente uma ciência social e, enquanto isso não for conhecido na prática, não seremos capazes de desfrutar de seus benefícios e teremos que nos satisfazer com um vazio e uma mistificação. (OSMO; SCHRAIBER, 2015, p. 210, apud ROSEN, 1983).

Existiu na Medicina Social uma “formulação conceitual” sob a qual havia princípios definidos:

- A saúde das pessoas é um assunto societário direto e que a sociedade tem a obrigação de proteger e assegurar a saúde de seus membros;
- As condições sociais e econômicas têm um importante e crucial impacto sobre a saúde e a doença e que essas relações devem ser submetidas à investigação científica;
- Os passos tomados para promover a saúde e combater a doença devem ser tanto sociais como médicos.” (OSMO; SCHRAIBER, 2015, p. 210, apud ROSEN, 1983).

Segundo os autores, o “processo revolucionário da década de 1840 foi derrotado na Alemanha e na França” e assim, o “movimento da reforma médica” finalizou rapidamente.

No Brasil esses princípios, que, segundo os autores, influenciaram a reforma sanitária brasileira, foram revistos durante a VIII Conferência Nacional de Saúde, dentro do contexto histórico próprio dos anos de 1980, em um “país periférico ao desenvolvimento capitalista”.

Ao citar Nunes (1983), fazendo referência a Laurell, Osmo e Schraiber (2015), referem que na América Latina, as reflexões críticas à medicina e suas instituições, ocorreram diante das seguintes questões:

1- a posição de classe explica muito melhor a distribuição das doenças na população do que os fatores biológicos;

2- a crença de que as condições de saúde da população melhorariam como resultado do crescimento econômico se mostrou equivocada;

3- o desenvolvimento da atenção médico-hospitalar não implicou em um avanço significativo nos índices de saúde dos grupos cobertos por ela;

4- a distribuição dos serviços de saúde entre diferentes grupos e classes sociais não depende de considerações técnicas e científicas, mas principalmente, de considerações políticas e econômicas.(OSMO; SCHRAIBER, 2015, p. 210, apud PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998).

Os autores mostram que houve “influências mútuas entre o desenvolvimento de um projeto de campo de conhecimento chamado Saúde Coletiva, e os movimentos de democratização no Brasil, especialmente na Reforma Sanitária”.

Enquanto reforma social, os objetivos eram os seguintes:

- Democratização da saúde, o que implica a consciência sanitária sobre saúde e seus determinantes e o reconhecimento do direito à saúde, inerente à cidadania, garantindo o acesso universal e igualitário ao Sistema Único de Saúde e participação social no estabelecimento de políticas e gestão;
- Democratização do Estado e seus aparelhos, respeitando o pacto federativo, assegurando a descentralização do processo decisório e o controle social, bem como fomentando a ética e a transparência dos governos;
- Democratização da sociedade alcançando os espaços da organização econômica e da cultura, seja na distribuição justa da riqueza e do saber, seja na adoção de uma totalidade de mudanças, em torno de um conjunto de políticas públicas e práticas de saúde, seja mediante uma reforma intelectual e moral (OSMO; SCHRAIBER, 2015, p. 212 apud PAIM, 2008).

Na década de 1970, essa discussão se deu durante governo autoritário com “discurso oficial de maior abertura”, porém, limitado quanto aos determinantes de uma crise que “se expressava pela baixa eficácia da assistência médica, pelos altos custos do modelo médico hospitalar e pela baixa cobertura dos serviços de saúde em função das necessidades da população.” (OSMO; SCHRAIBER, 2015, p. 212 apud PAIM, 2008).

A reforma sanitária teve suas concepções teóricas elaboradas pelos acadêmicos dos departamentos de Medicina Preventiva e Social e as escolas de Saúde Pública, segundo os autores: “houve bastante influência do movimento preventivista, que trazia as ideias da

Medicina Integral. À medida em que as críticas a esses modelos eram elaboradas, parte das instituições acadêmicas passaram a se inspirar nas propostas da Medicina Social do séc. XIX.” (OSMO; SCHRAIBER, 2015, p. 212 apud PAIM, 2008).

A Saúde Coletiva surge então no Brasil, “como uma ruptura a partir da crítica aos movimentos da Medicina Preventiva, Comunitária e ao sanitarismo institucional”. (OSMO; SCHRAIBER, 2015).

Segundo Osmo e Schraiber (2015, apud Schraiber, 2008), o projeto de campo da saúde coletiva sempre se estruturou em compromisso com a democratização, e com a luta pelos direitos humanos e sociais, desde sua origem.

Com um corpo de produções científicas já bem constituído, Osmo e Schraiber (2015), discutem as delimitações e competências do campo da Saúde Coletiva considerando que, por ser novo, existir apenas no Brasil, e pela sua dimensão mais prática nos serviços de saúde, “carece de reflexões mais aprofundadas no campo epistemológico.”

É comum autores usarem como sinônimo em um mesmo texto, os termos Saúde Coletiva e Saúde Pública, ou Saúde Coletiva e Medicina Social, ou então Saúde Coletiva e Epidemiologia. (OSMO; SCHRAIBER, 2015, p. 214).

Ao citar Nunes (2007), os autores mostram que a dificuldade de se definir o campo, estaria ligada ao fato de ser uma criação que ultrapassa “os limites disciplinares e estaria na interface de áreas do conhecimento detentoras de especificidades teóricas e conceituais”. Ou ainda, “a composição heterogênea, tanto institucional quanto profissional dos autores da Saúde Coletiva, cujas pesquisas abarcam disciplinas diversas, como a Epidemiologia, as Ciências Sociais e Humanas, a Filosofia ou a Administração.”

Osmo e Schraiber (2015), retomam os pressupostos básicos do marco conceitual do campo, através de texto rediscutido por Paim e Almeida Filho:

- A saúde enquanto estado vital, setor de produção e campo de saber, está articulada à estrutura da sociedade através de suas instâncias econômica e política-ideológica, possuindo, portanto, uma historicidade;
- As ações de saúde (promoção, proteção, recuperação e reabilitação) constituem uma prática social e trazem consigo as influências do relacionamento dos grupos sociais;
- O objeto da Saúde Coletiva é construído nos limites do biológico e do social e compreende a investigação dos determinantes da produção das doenças e da organização dos serviços de saúde, e o estudo da historicidade do saber e das

práticas sobre os mesmos. O caráter interdisciplinar desse objeto sugere uma integração no plano do conhecimento e no plano da estratégia, de reunir profissionais com múltiplas formações;

- O conhecimento não se dá pelo contato com a realidade, mas pela compreensão de suas leis e pelo comprometimento com as forças capazes de transformá-la. (OSMO; SCHRAIBER, 2015, p. 216, apud PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998).

Assim, a Saúde Coletiva é caracterizada como “um campo de conhecimento de natureza interdisciplinar, cujas disciplinas básicas são a epidemiologia, o planejamento/administração de saúde e as ciências sociais em saúde.” (OSMO; SCHRAIBER, 2015, p. 206, apud PAIM, ALMEIDA FILHO, 2000).

A área de conhecimento da Saúde Coletiva é determinada pela especificidade do seu objeto e da metodologia considerada na produção do conhecimento acerca do mesmo. “O objeto é o coletivo e o método, o histórico- cultural”. (TEIXEIRA, 1988).

O coletivo, como objeto, pode ser considerado como:

o meio objeto privilegiado das práticas de saneamento ambiental e do específico conhecimento que as fundamenta; o agente patogênico e seu campo de expansão e contenção reconstruídos a partir do saber biológico; o social como efeito do coletivo estruturador de práticas. (TEIXEIRA, 1988).

1.2.1 Os reflexos do movimento desenvolvimentista, a Reforma Sanitária Brasileira e o SUS

Num artigo baseado na pesquisa “*História da Saúde Coletiva no Estado de São Paulo: emergência e desenvolvimento de um campo de saber e práticas*”, Mota et al. (2018), apresenta um levantamento histórico sobre as reformas do ensino e a criação de escolas médicas no Estado de São Paulo, no período de 1948 a 1967, considerado como movimento desenvolvimentista e preventivista.

[..] a fragmentação especializada na formação e de uma mudança que se impunha à prática profissional, como reflexo das novas necessidades sociais relativas ao cuidado médico, ou seja: [...] essas necessidades que teriam sido, até então, predominantemente dirigidas para cura das doenças, estariam sendo reorientadas no sentido da obtenção de um estado global de saúde, reorientação que os avanços do conhecimento médico já permitiriam. Nessa medida, uma recuperação integral do paciente, e, ao mesmo tempo, a prevenção das doenças, constituem os novos requerimentos que se estimam para a prática, demandando uma recomposição, no mesmo sentido, do ato médico individual. (MOTA et al., 2018, p.339).

Com financiamento da Fundação Rockefeller, entre outros, a Organização Pan Americana de Saúde- OPAS, organizou uma agenda de seminários junto aos países da América Latina, com objetivo de promover um plano de ações na saúde pública e na assistência médica individual, mais geral. Surge, então, o que constituiu a medicina preventivista, a partir de três vertentes:

- Higiene, que nasce no séc. XIX, ligada ao desenvolvimento do capitalismo e à ideologia liberal;
- Discussão dos custos da atenção médica nas décadas de 30-40 nos EUA, já sob nova divisão do poder internacional, e na própria dinâmica da Grande Depressão que vão configurar o aparecimento do Estado interventor;
- Redefinição das responsabilidades médicas surgida no interior da educação médica.

Em toda América Latina, inclusive no Brasil, foram criadas novas faculdades de medicina, além da reorganização das já existentes. Em todas elas as concepções preventivistas ganharam espaço, com os seguintes objetivos:

- Necessidade de ajustar o número de estudantes às possibilidades técnicas e econômicas do bom ensino e de aumentar essas possibilidades quando o país necessitar de mais médicos;
- Seleção cuidadosa dos alunos, atendendo suas condições de inteligência, conhecimentos básicos, caráter e atitudes;
- Existência de um núcleo de professores e colaboradores com dedicação exclusiva ao ensino e investigação em ciências básicas, reconhecendo a conveniência de iniciar com o mesmo regime docente nos ramos clínicos;
- O dever primordial das escolas em formar médicos gerais e, só depois, preparar especialistas em cursos posteriores;
- A conveniência de que, no final dos estudos médicos se realize um período de dedicação exclusiva ao trabalho prático no hospital e no consultório externo, sob forma de internato.

Nesse contexto o futuro médico deveria ter uma motivação para mudança de atitude, numa perspectiva mais integral da medicina. Assim, a disciplina de Medicina Preventiva deveria contemplar uma série de temas: bioestatística, epidemiologia dos

processos que afetam os grupos qualquer que seja a etiologia, e não somente as enfermidades transmissíveis, saneamento, insistindo nos fundamentos médicos e não nas técnicas que correspondem aos sanitaristas, problemas médicos-sociais da família, da comunidade e do país, antropologia social e ecologia, técnicas de educação sanitária que devem ser utilizadas pelo médico, **medicina ocupacional**⁶, conhecimentos das organizações de medicina sanitária e assistencial.

O estado de São Paulo foi o local privilegiado no Brasil para a implantação dessas novas propostas de reforma do ensino médico, uma vez que aparecia como o estado brasileiro que se apresentava ao mundo com potencialidades. Segundo Arruda, nos anos 1950 a economia paulista ancorava-se em condições extremamente favoráveis para seu pleno desenvolvimento, com a poderosa ampliação de sua capacidade de acumulação por meio da integração das atividades cafeeiras, da agricultura variada, da rede introvertida dos transportes, da diversificação do pequeno comércio varejista ao grande atacado, do sistema bancário e, sobretudo, da potencialidade revelada do setor industrial. (MOTA et al., 2018, p. 341).

Assim, surgem escolas médicas sem muita definição do que seria estatal ou privado, estadual ou federal, resultando em diversos perfis de formação médica em razão das respectivas especificidades locais. Considerou-se também, a falta de vaga nas duas escolas da capital, a Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, criada em 1912, e a Escola Paulista de Medicina, criada em 1933.

O projeto de lei que foi aprovado em 1948, não criava novas universidades, mas sim, faculdades subordinadas à Universidade de São Paulo: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Farmácia e Odontologia de Bauru e a Escola de Engenharia de São Carlos. Em 1953, o projeto de lei que criou a Faculdade de Medicina de Campinas também é aprovado. Em 1958, outras cidades se apresentam com interesse em ter uma faculdade de Medicina: Botucatu (inaugurada em 22/07/1962), Catanduva e São José do Rio Preto.

A Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo foi a última a ser fundada, em 1963. Fruto da longa experiência da Santa Casa de Misericórdia na área médico-hospitalar, por ter sido o hospital-escola da Faculdade de Medicina da USP, até meados de 1950.

Outros movimentos ocorriam também na Europa: a reforma sanitária.

A Itália foi o último dos países capitalistas centrais a realizar uma ampla reforma sanitária. Apesar disso, ela resultou de um processo de lutas sociais, políticas e ideológicas intensas que envolveram principalmente os trabalhadores.

⁶ Grifo da autora.

A reforma sanitária brasileira foi inspirada nas análises de Giovanni Berlinguer⁷, sobre a reforma sanitária italiana que surgiu em decorrência das lutas travadas pelo Partido Comunista Italiano, junto com os sindicatos e movimentos populares. O início desse movimento se deu em 1965, e “sua principal conquista foi a Lei nº 833 de 1978 que marca início à Reforma Sanitária” naquele país. (POSSAS, 1988).

Em suas análises, Berlinguer mostra que é preciso ir além da Constituinte e da legislação posterior. Aponta as resistências encontradas e situa “*a crise da saúde na perspectiva mais ampla da crise do Welfare State em todo o ocidente.*” Mostra que é preciso ir além, e assegurar que “a Reforma Sanitária se constituía como espaço privilegiado de luta, capaz de transformar não apenas os serviços de saúde numa perspectiva assistencial, mas as próprias condições sociais que determinam padrões de morbimortalidade.”

No Brasil, a matriz teórico-conceitual do movimento sanitário, se deu na delimitação de sua área de conhecimento, ao adotar o conceito de “*Saúde Coletiva*” diante da diversidade de outras denominações, como vimos acima.

Esse foi o novo paradigma que deu origem ao movimento sanitário brasileiro:

Trouxe uma leitura socializante da problemática evidenciada pela crise da medicina mercantilizada, bem como sua ineficiência enquanto possibilidade de organização de um sistema de saúde capaz de responder às demandas prevalentes, organizado de forma democrática em sua gestão e administrado com base na racionalidade do planejamento. (TEIXEIRA, 1988, p. 197).

A trajetória do movimento sanitário brasileiro ocorreu em três fases distintas, não necessariamente em etapas cronológicas, mas em função das possibilidades estratégicas:

1. Desenvolvimento de um novo saber no espaço acadêmico “*reduo da resistência no autoritarismo*”, com objetivo de recuperar a produção do “*sanitarismo desenvolvimentista*” dos anos 1960 (marcados pela reforma administrativa, unificação dos Institutos Previdenciários, estender a assistência médico-hospitalar por meio de financiamento estatal, entre outros), e as análises da determinação social da doença, rompendo com a ideologia industrializante-desenvolvimentista para compreendê-las nos marcos da análise dos processos de trabalho.
2. Ocupação dos espaços disponíveis, como Departamentos de Medicina Preventiva, o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde – CEBES, a Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência – SBPC etc, mostrando as múltiplas

⁷ Berlinguer foi médico, professor de Fisiologia e Higiene do Trabalho na Universidade La Sapienza de Roma e senador pelo Partido Comunista Italiano. Autor de inúmeras obras publicadas no Brasil.

formas de resistência do movimento. Nessa fase formulou-se a proposta de um Sistema de Saúde Único e Descentralizado – SUDS que deu origem ao SUS, público, socializado, universal, de atenção integral e de acordo com as demandas existentes de forma hierarquizada e regionalizada. O movimento médico, o movimento sanitário de origem acadêmica e o movimento popular pela saúde estabeleceram alianças históricas, “que ultrapassaram os limites corporativos dos profissionais, a cultura elitista dos cientistas e a ausência de visão mais abrangente do movimento popular.” Com o início da redemocratização, do fortalecimento dos movimentos sociais e sindicais, do trabalho com prefeituras mais progressistas que desenvolveram experiências de um modelo local de administração da política de saúde, foram incorporados os elementos técnicos ao novo projeto sanitário.

3. Ocupação dos espaços estratégicos no aparelho governamental. Muitos intelectuais foram chamados para ocupar postos de direção, “*com os governos da autodenominada Nova República*”.

Campos (1988, p. 181), menciona que a alternativa de prática política do movimento da Reforma Sanitária, na qual é “difícil separar a ingenuidade do projeto deliberadamente articulado de dominação social”, não levou em conta o papel do Estado na “manutenção e na reprodução do modo hegemônico de produção de serviços de saúde.”

O autor analisa que setores burocráticos e da resistência da iniciativa privada, interpuseram dificuldades aos setores progressistas do aparelho de estado, que se relacionaram aos próprios limites teóricos e da prática política do então chamado “*partido sanitário*”, que se tornaram evidentes quando da escolha dos instrumentos para viabilizar a transformação.

Ao contrário de outros países capitalistas, que realizaram reformas na saúde, e nos quais os intelectuais progressistas tiveram que compor-se com o movimento sindical de trabalhadores ou com os partidos apoiados nessa classe, aqui, o principal agente das transformações teria sido o “partido sanitário” encastelado no aparelho estatal e apoiado, evidentemente, por autoridades constituídas. (CAMPOS, 1988, p. 182).

Reconhecendo a limitação da metodologia de investigação utilizada para o estudo da “*teoria oficial da Reforma Sanitária*”, e a execução das políticas teorizadas, Campos (1988), analisa, de forma crítica, os discursos dos que estavam no movimento sanitário e

assumiram postos como secretários de saúde, assessores de várias autoridades do poder executivo, superintendentes ou presidentes de órgãos públicos.

Em 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde organizada pelo conjunto de técnicos que ocupavam cargos na máquina estatal, foi considerada “*uma das raras ocasiões que se buscou apoio junto a setores da sociedade civil, potencialmente interessados na transformação do status quo na área da saúde.*” Por recomendação da VIII Conferência, foi criada, através de portaria dos ministérios da Educação, Saúde e Previdência, a Comissão Nacional da Reforma Sanitária – CNRS, que se tornou um dos principais instrumentos de atuação política, do então chamado “*partido sanitário da ordem*”.

Enquanto os idealizadores da Reforma Sanitária oficial a consideraram um processo restrito de mudanças, o discurso daqueles que ocupavam a máquina estatal a chamaram de “*a maior revolução no setor saúde no Brasil*”. Para alguns analistas ela não passou de um conjunto de medidas voltadas centralmente para uma reestruturação administrativa do aparelho público prestador de serviços, em função das seguintes críticas:

- A não problematização, pelos intelectuais da reforma, da inclinação que o poder executivo tem demonstrado “*para realizar reformas que impliquem em limitação dos interesses econômicos ou políticos da elite*”;
- Discursos para justificar a continuação dos serviços privados que teorizaram a “*possibilidade de vir a organizar-se um sistema onde houvesse uma compatibilidade entre o funcionamento regulado de “leis de mercado” e o bem estar comum*”;
- Consideração da irreversibilidade da “Reforma Sanitária” resultante de um processo de mudanças, que “*a própria sociedade civil sequer percebeu, baseado apenas no apoio político-assistencial*”;
- Achar que o Estado seria o maior interessado em promover a resolução da crise fiscal e da legitimidade do setor saúde, “*na dinâmica do desenvolvimento capitalista: necessidade de estender a cobertura assistencial, de racionalizar os gastos, etc*”.

Apesar das críticas, o movimento sanitário permitiu o amadurecimento da consciência sanitária dos brasileiros, ao entender a universalização da assistência médico-sanitária como decorrência de um direito à saúde ligado à noção de cidadania plena ou ampliada. (CAMPOS, 1988).

Teixeira et al. (2014), afirmam que ao deixarem seus países de origem, os movimentos ideológicos são resignificados “quanto as suas noções e valores e suas propostas passam por transformações na medida em que sejam apropriadas por sujeitos sociais com interesses distintos.”

No Brasil, esses movimentos têm definido a reformulação de políticas nos últimos 30 anos, e vem enfrentando uma série de obstáculos. Entre eles a permanência do modelo médico-assistencial hospitalocêntrico e do modelo sanitário.

O modelo brasileiro de universalidade da saúde é contra-hegemônico e seu projeto desagrada aos que se identificam e se beneficiam com o status quo.

Algumas contradições identificadas por Narvai (2018), marcam o SUS:

- O fato de que trinta anos após sua criação, os profissionais não contam com uma carreira estruturada, de abrangência nacional.
- Esgotamento da municipalização que representou enorme avanço democrático e organizativo nas décadas finais do século XX, encontra-se hoje bastante enfraquecido politicamente, uma vez que cria crescentes entraves à necessária regionalização da saúde e acelera sua privatização, via OSs e outras alternativas similares.
- Subfinanciado cronicamente e com recursos vampirizados, o SUS, aos trinta anos, está transformado em pálida caricatura de si mesmo, quando comparado com o delineamento que lhe deram os constituintes de 1988.

Apesar das críticas e da constante ameaça à sua continuidade, o SUS foi reconhecidamente uma conquista relevante, e por sua importância hoje, em um país marcado pela desigualdade, e de proporções continentais, é defendido por todos que discutem a universalização dos sistemas de saúde com seriedade.

Em 2018, a revista *The Lancet* realizou um estudo sobre o SUS, cujo resultado foi publicado em sua edição “Políticas de Saúde”, em julho de 2019. Participaram desse estudo doze instituições, incluindo dez universidades (do Brasil, EUA e Reino Unido), lideradas pela Universidade de Harvard (Harvard T.H. Chan Escola de Saúde Pública) e pela Organização Pan-Americana de Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS), que analisaram os primeiros trinta anos do SUS e perspectivas para o futuro.

Sintetizando os resultados desse estudo, foram observados:

- reduções na desigualdade do acesso aos serviços de saúde;

- declínios na mortalidade e hospitalizações evitáveis;
- acesso quase universal aos cuidados de saúde.

Isso foi conseguido apesar do fato de o SUS ser subfinanciado e não ter sido totalmente implementado como inicialmente conceituado. A defesa da saúde como um direito, aliada à criatividade e à capacidade de superar adversidades, fez do SUS um exemplo de inovação de sistemas de saúde para a América Latina e referência para o mundo. (THE LANCET, 2019).

Porém, desde 2016 o governo Temer e, mais recentemente, o governo Bolsonaro, deram início à medidas de austeridade que, “em paralelo às novas políticas ambientais, educacionais e de saúde, podem reverter as conquistas do SUS e ameaçam sua sustentabilidade e capacidade de cumprir seu mandato constitucional de prestação de cuidados de saúde para todos.”

Para medir o impacto das mudanças de financiamentos na saúde da população, foi feita uma projeção de quatro cenários através do Produto Interno Bruto (PIB) e de transferências constantes para fundos municipais, com base nos dados de 2015, considerando que esses repasses garantem a prestação de serviços assistenciais à saúde.

Os indicadores utilizados para essa projeção foram:

- taxa de mortalidade infantil, condições gerais de saúde;
- proporção de partos cuja mãe participou de sete ou mais consultas de pré-natal, condições dos serviços;
- cobertura da ESF, uma medida de acesso à atenção primária à saúde;
- como as doenças cardiovasculares (DCV) são a principal causa de morte no Brasil, foi incluído a mortalidade por DCV entre aqueles com 60 anos ou mais, uma medida de qualidade do atendimento.

Os resultados da pesquisa:

[...] indicam uma deterioração dos quatro indicadores de saúde no cenário de transferências constantes, onde o financiamento não aumenta. Mais importante ainda, a deterioração foi maior entre os municípios menores, exacerbando as desigualdades geográficas e, portanto, revertendo uma tendência recente de melhorias gerais. Portanto, embora o SUS tenha indubitavelmente contribuído para melhorias na saúde e bem-estar da população brasileira e ajudado a reduzir as disparidades de saúde, esses ganhos são frágeis.

As recomendações do estudo:

- manter os princípios do SUS para garantir uso efetivo e equitativo dos recursos públicos;

- assegurar financiamento público suficiente e alocação eficiente de recursos essenciais para a sustentabilidade do SUS;
- prestar serviços de saúde por meio de uma rede integrada;
- desenvolver um novo modelo de governança interfederativa;
- ampliar os investimentos no setor da saúde e fortalecer as políticas econômicas, tecnológicas, industriais, sociais e os marcos regulatórios que afetam a produção e a valorização de tecnologias e serviços de saúde, incluindo a propriedade intelectual;
- promoção do diálogo social como estratégia crucial para transformar o SUS, com base no princípio do direito à saúde, e para aprender com a experiência nacional e internacional no fortalecimento da cobertura universal de saúde.

Longe dessas recomendações o que temos assistido é o desmonte da estrutura do Sistema Único de Saúde desde 2016, que ocorre de forma nunca pensada pelos seus idealizadores. O futuro, nesse caso, é imprevisível.

CAPÍTULO II

2 A FORMAÇÃO MÉDICA EM SAÚDE DO TRABALHADOR

2.1 Saúde e Trabalho

Antunes (2009), aponta que o trabalho em pleno séc. XXI, ainda é uma questão vital para as pessoas, apesar de algumas ingênuas teorias da sua finitude. Afirma que “... enquanto se amplia o contingente de trabalhadores e trabalhadoras no mundo, há uma constrição monumental dos empregos corroídos em seus direitos e erodidos em suas conquistas.”

Adquirindo novas formas, à medida em que expulsa homens e mulheres de trabalhos estáveis e formalizados, torna-se informalizado e precarizado, expandindo a força de trabalho que resta mal remunerada. Segundo Antunes (2009, p. 11):

Maquinaria perversa e engenharia satânica que vêm gerando um gigantesco contingente de desempregados que assim o são pela própria lógica destrutiva do capital [...]

Mas, trabalhar nunca foi uma atividade fácil ou simples para aqueles que dependem dele para sobreviver num sistema capitalista, tal qual analisa Antunes. Marcada por lutas, algumas vitórias e muita penosidade para os trabalhadores, a história permite entender práticas autoritárias que se mantêm ao longo de séculos pelas classes dominantes, comprometendo todos os níveis de saúde da classe trabalhadora.

2.1.1 Aspectos históricos da relação saúde-trabalho

O estudo da relação saúde-trabalho realizado por Dejourns (1992), na introdução do seu livro “A Loucura do Trabalho”, partiu de um recorte histórico iniciado no período do desenvolvimento do capitalismo industrial, caracterizado pelo crescimento da produção, exôdo rural e concentração de novas populações urbanas, ocorrido inicialmente na Europa do séc. XIX. O autor resgata a luta dos trabalhadores pela saúde, dividindo o estudo em três etapas: início do séc. XIX, pós primeira guerra mundial até 1968 e pós 1968.

- Etapa I: Século XIX – Luta Pela Sobrevivência

A longevidade de vida da classe operária na Europa do séc. XIX, foi reduzida drasticamente em consequência das condições excessivamente penosas de trabalho, envolvendo crianças, acidentes e doenças, salários insuficientes, falta de higiene, promiscuidade, esgotamento físico e subalimentação. Nesse cenário não se podia falar em saúde, a luta pela saúde indentificava-se com a luta pela sobrevivência, “viver para o operário é não morrer” (GUERIN, G., apud DEJOURS, 1992).

- Etapa II: Pós Primeira Guerra Mundial Até 1968 – Luta pela saúde do corpo

A guerra de 1914 a 1918, é um período de referência para uma outra etapa na história da saúde do trabalhador: o salto qualitativo na produção industrial, o esforço de produção para as necessidades da guerra, as experiências insólitas de redução da duração do trabalho nas indústrias de armamento. O desfalque resultante do número de mortos e feridos de guerra na reserva da mão de obra, os esforços da reconstrução, a reinserção dos inválidos na produção, formam as condições para uma mudança nas relações de trabalho. Merece destaque nesse período, o surgimento do taylorismo e suas repercussões na saúde do corpo. Nova tecnologia de submissão, de disciplina do corpo, a organização científica do trabalho traz exigências fisiológicas até então desconhecidas, principalmente quanto ao tempo e ao ritmo de trabalho. Ao separar os que pensam dos que produzem, o taylorismo neutraliza a atividade mental dos operários. Não é a saúde mental que aparece como primeira vítima do sistema, mas o corpo dócil e disciplinado entregue ao engenheiro de produção e à direção hierarquizada.

- Etapa III: Pós 1968 – Luta pela saúde mental

Ao descrever o que caracterizou como o terceiro período - pós 1968 – da história da saúde do trabalhador, Dejourns (1992), coloca o desenvolvimento desigual das forças produtivas, das ciências, das técnicas, das máquinas, do processo de trabalho, da organização e das condições de trabalho, como fatores heterogêneos, que dificultam uma análise global da relação saúde-trabalho. Mas, reconhece uma nova matéria que amplia a problemática das questões da saúde, a saúde mental. Porém, o discurso operário não é centrado nesse tema, um terreno que é particularmente complexo.

2.1.2 Aspectos históricos da relação saúde-trabalho no Brasil colônia

O período de industrialização no Brasil ocorreu muito tarde em relação aos países da Europa (LACAZ, 2007). Enquanto na Europa a revolução industrial determinava relações penosas e luta entre os trabalhadores e seus patrões, como relatado por Dejours, no Brasil o trabalho era realizado primeiro pela população nativa que foi dizimada ao longo de alguns séculos durante o Brasil colônia, e depois, de forma não menos cruel, pelos escravos trazidos da região litorânea da África.

2.1.2.1 A Escravização Indígena

Schwarcz e Starling (2015), ao relatarem a história do Brasil no período imperial e colonial, apontam que a escravidão foi implantada na década de 1530, durante a ocupação sistemática da América Portuguesa, por meio das Capitanias Hereditárias. A princípio, no dito Período Pré-Colonial, a relação de trabalho existente foi a do escambo⁸, em que os indígenas trabalhavam com a exploração do pau-brasil.

Em um sistema econômico que necessitava de grande número de trabalhadores braçais, o primeiro grupo disponível eram os indígenas, e a escravização indígena foi utilizada, em alta escala, em todo o continente americano, não somente na América Portuguesa.

Um verdadeiro morticínio teve início: uma população estimada na casa dos milhões, em 1500, foi sendo reduzida aos poucos acerca de 800 mil, que é a quantidade de índios que habitam o Brasil atualmente.

Conflitos entre colonos e jesuítas pressionaram a Coroa Portuguesa para a criação de leis que determinaram a proibição da escravização indígena no período de 1570 a 1609, “somente em caso de “guerra justa”⁹ é que os indígenas poderiam ser escravizados.”

Apesar da proibição, os estados brasileiros que mais empregaram mão de obra indígena foram Paraná, São Paulo e Maranhão, entre outros, porque não tinham economias suficientes para comprar mão de obra africana.

⁸ Troca de mercadorias ou serviços sem fazer uso de moedas.

⁹ Eram várias as causas que legitimavam a “guerra justa”: a recusa à conversão, hostilidades contra vassallos e aliados portugueses, a quebra de pactos e a antropofagia. Considerada uma “ofensa à lei natural”, a antropofagia era passível de guerra, entendida como um direito e um dever para salvar almas que seriam sacrificadas ou comidas.

Schwarcz; Starling (2015), citam que os bandeirantes paulistas levaram para muitos locais do país, índios escravizados que trabalhavam na lavoura e em atividades relacionadas à produção do açúcar, assim como existem evidências de que, até a década de 1710, existiam índios trabalhando em zonas de mineração em Minas Gerais. Em 1757, Marques de Pombal, primeiro ministro português na época, proibiu definitivamente a escravização de indígenas.

As medidas de Pombal visavam aumentar o controle político, econômico e administrativo da metrópole sobre o Brasil. Objetivavam também aumentar a exploração dos recursos econômicos, principalmente de ouro, para transformar Portugal numa potente nação europeia. Dentro do contexto de crise do Absolutismo e ascensão do Iluminismo, Pombal tentou com estas medidas manter e até aumentar o poder da coroa portuguesa.

Seu governo ficou marcado por aquilo que se convencionou chamar de despotismo esclarecido. Em outras palavras, um governo absolutista que buscava adotar medidas sociais e culturais como forma de amenizar os impactos das medidas autoritárias e, desta forma, perpetuar as bases do Antigo Regime com uma nova roupagem. (SCHWARCZ; STARLING, 2015, p. 90).

2.1.2.2 A Escravização Africana

O sistema escravocrata existiu em quase todos os povos, e os cativos eram tratados como “*estrangeiros*” pois eram julgados “*indivíduos sem história ou família*”. Embora muitos camponeses e servos tivessem condições muito próximas à da escravidão, “foi a falta de raízes, de direitos e de laços com a comunidade, o que distinguiu a escravidão dos demais sistemas de trabalho, ainda que igualmente compulsórios.” (SCHWARCZ; STARLING, 2015).

No continente africano a escravidão também estava presente, mas existiu “paralelamente a sistemas de linhagem e de parentesco”. Não havia sistemas políticos ou religiosos mais abrangentes. Os africanos eram livres para vender, comprar e até exportar escravos. Durante seis séculos, africanos foram exportados para a Ásia, Europa e Oriente Médio. “Estima-se em 6 milhões o número de africanos vendidos de forma coercitiva.”

No “Novo Mundo” a necessidade constante de importação da mão de obra escrava da África, passou a ser a verdadeira base da colonização portuguesa, desde o séc. XVI até a sua extinção em 1850. Segundo Schwarcz, Starling (2015), em regiões como o Recôncavo na Bahia, os escravos chegaram a constituir mais de 75% da população.

Tal atividade gerou uma classe influente de traficantes de homens, em direção à América, e o crescimento da demanda por produtos usados no comércio com a costa africana, como o fumo e a aguardente. (SCHWARCZ; STARLING, 2015, p. 126).

A partir da metade do século XVI foram registradas cerca de mil “importações” de escravos por ano, alcançando três mil por ano na década de 1580. Vieram para as “Américas de oito a onze milhões de africanos durante todo o período do tráfico negro; desse total, 4,9 milhões tiveram como destino final o Brasil.” (SCHWARCZ; STARLING, 2015).

O tráfico era um negócio complexo que englobava pontos fixos, barcos que navegavam em águas costeiras, fortes litorâneos e portos. Os comerciantes africanos variavam: podiam ser meros intermediários, ou fazer parte de monopólios estatais ou de organizações mais estáveis pertencentes a nobres ou reis. Em alguns lugares o comércio era livre; em outros, controlado por governos e agentes mais intervencionistas, que impunham tarifas restritivas.”

“Realizavam a operação os reinos africanos aliados dos portugueses; esses últimos nunca se envolveram em tais atividades internas. Com o tráfico, elites africanas tinham acesso a armas e bens de consumo que caíram no gosto local, como a aguardente e o tabaco. Nos portos, os capturados permaneciam amontoados por dias e às vezes meses, até que a carga humana completasse o navio a ela correspondente, em barracões; nesses alojamentos precários, insalubres e sem ventilação, a mortalidade era alta. Partiam então nos “tumbeiros”, como se chamavam os navios negreiros. Usualmente, antes até de entrarem nas embarcações, os escravizados eram marcados com ferro quente no peito ou nas costas, como sinal de identificação do traficante a que pertenciam, uma vez que era comum se recolherem no mesmo navio cativos de vários proprietários. (SCHWARCZ; STARLING, 2015, p.131 e 132).

O percurso da África até a costa brasileira era de trinta à cinquenta dias. As mortes eram comuns por várias razões:

Os maiores vilões: desarranjos gastrointestinais, em geral relacionados à baixa qualidade dos alimentos e da água distribuída a bordo. Disenterias eram comuns, assim como o bloody flux, nome dado aos surtos de infecções intestinais causadores de óbitos em escala epidêmica. Varíola, sarampo, febre amarela, tifo e outras doenças contagiosas também contribuíam para aumentar a mortalidade. Além do mais, os africanos embarcados eram postos em contato com diversos povos, e acabavam morrendo de enfermidades que lhes eram até então desconhecidas e contra as quais não tinham defesas imunológicas. Há registros de mortes por suicídio: cativos precipitavam-se ao mar ou recusavam sistematicamente a alimentação oferecida. Isso sem esquecer a constante superlotação, outra responsável pelo grande número de óbitos durante a travessia para a América. (SCHWARCZ; STARLING, 2015, p.134).

A maior parte dos que chegavam eram homens (65%), nem sempre adultos. Mulheres tinham atividades semelhantes às dos homens nas plantações de açúcar, algodão e café, “e eram consideradas boas “especialistas” para certas atividades.” Crianças eram muito poucas, pois rebaixavam o preço nos mercados americanos.

Os principais importadores e distribuidores dos africanos estavam nos portos do Rio de Janeiro, Salvador, Recife, Fortaleza, Belém e São Luís. No século XVII foram, sobretudo, Salvador e Recife que se firmaram como grandes portos, e de lá cativos seguiam também para serem leiloados às vezes na alfândega, outras em armazéns próximos.

Com o objetivo de valorizar a mercadoria, “maquiavam-se” os escravizados, antes de expô-los nos leilões e casas de comércio. Eles eram, então, limpos e banhados; os homens tinham a barba e o cabelo raspados, e, para esconder doenças, passava-se óleo na pele. Com o mesmo propósito, distribuía-se alimentos um pouco mais fartamente. Para evitar um aspecto depressivo — o famoso “banzo”, também conhecido como “doença da saudade” —, os negociantes davam aos cativos estimulantes como gengibre e tabaco. (SCHWARCZ; STARLING, 2015, p.142).

Assim, o comércio escravagista se fortaleceu, explorava o fato de ser lucrativo e um sistema eficaz:

Ainda que constituísse o mais opressivo dos modelos migratórios, era o que dava realmente conta da produção crescente da cana-de-açúcar e, no século seguinte, do ouro e do diamante. As vantagens econômicas eram tais que garantiram a continuidade da empreitada, ao menos em direção ao Brasil, até 1850 — quando o tráfico, mas não a escravidão, foi extinto no país — e mesmo depois. (SCHWARCZ; STARLING, 2015, p.142).

Com o objetivo de analisar a face mais trágica da escravidão, Eugênio (2016), pesquisou obras médicas que retrataram as condições de saúde dos cativos, através de textos médicos escritos entre 1735 (ano de publicação do primeiro livro) e 1888 (ano do decreto da abolição da escravidão).

O autor descreve que o interesse intelectual médico, emergiu da complexa realidade envolvendo “problemas sociais, políticos, econômicos e religiosos”. A abordagem trágica dessa realidade foi uma “estratégia dos autores” de despertar o sentimento religioso e humanitário de senhores de cativos e das autoridades governamentais para evitar maiores abusos dos agentes da escravização, diminuindo assim a grande mortalidade no cativo.

Existiram dois tipos de textos: um sob a “forma de manuais didáticos” para senhores de escravos que iriam descrever tratamentos para as suas moléstias; e outro para a comunidade acadêmica, na forma de periódicos de instituições médicas, como a Academia Imperial de Medicina, criada em 1835 e a Gazeta Médica da Bahia iniciada em 1866.

O cenário mais enfatizado sobre os “horrores” da escravização africana, por Eugênio (2016), foi o trabalho na mina de Morro Velho em Minas Gerais, “*região com maior potencial geológico de exploração de riquezas minerais*” e setor produtivo de maior importância econômica, no período de 1860 a 1914, quando a Inglaterra¹⁰ através do Tratado

¹⁰Apesar da política internacional britânica empenhar-se contra a escravidão e o tráfico de africanos desde pelo menos o final da primeira década do séc. XIX, sob os auspícios do Iluminismo, suas companhias usavam mão de obra escrava em países cujas relações sociais predominavam formas arcaicas de exploração do trabalho, como no Brasil, onde as elites reafirmaram no “pacto” constitucional de 1824 a escravidão negra. (EUGÊNIO, 2016, p. 197).

de Aliança, Comércio e Navegação assinado em 1810, exerceu grande influência e controle do mercado no Brasil.

Alguns relatos das condições de trabalho na mina de Morro Velho pesquisadas pelo autor na primeira publicação sobre a saúde dos escravos no Brasil, intitulada “Erário Mineral”:

Eschwege que por aqui ficou entre 1811 e 1821, ao observar o processo de exploração aurífera em Minas Gerais, e considerá-lo “dos mais fatigantes e penosos, além de muito prejudicial à saúde dos escravos, pois enquanto os membros superiores ficam expostos longas horas aos raios de sol, a parte inferior tem de suportar a sensível frialdade das águas.” E como se isso não bastasse, ainda corriam “frequentemente o risco de serem esmagados pelas pedras que se destacam das jazidas ou soterrados pelos desmonoramentos conforme adverte Saint Hilaire que visitou a região mineradora aproximadamente na mesma época. (EUGÊNIO, 2016, p. 80).

[...] a mineração ainda proporcionava outra enfermidade, conhecida popularmente na época como camba ou cangalha. Trata-se de uma distrofia óssea que dificulta os movimentos harmoniosos dos pés, pernas, braços e mãos. A seu respeito, há uma passagem bastante esclarecedora no Erário Mineral [...]:esta doença é uma das mais trabalhosas e dificultosas de curar e que dá grandíssima moléstia aos pobres dos pretos, porque lhes faz encolher os dedos das mãos e fechá-los, de tal sorte que ninguém, por mais força que lhe tenha, lhos abre; a outros lhes retesa todo o corpo, de tal modo que, pegando uma pessoa pelos pés, outra pela cabeça, quase vai o corpo direito, querendo-o levar para alguma parte, sem fazer senão muito pouco arco no meio; outros finalmente, se lhes arregalam os olhos de tal modo que metem medo e até os beijos se retraem; a uns dá mais força e a outros menos; a uns passa e ficam bons em pouco tempo, a outros lhes dura mais... (EUGÊNIO, 2016, p. 106).

Nos pretos quando se açoitam as nádegas ficando as carnes escarnadas e se desprezam não olhando mais para as tais feridas, antes alguns senhores os metem em ferros e os fazem trabalhar, não podendo dar um passo, que desses se têm perdido muitos, uns por causa dos bichos lhe comerem a carne e corromperem-se os ossos de que dão acidentes mortais... (EUGÊNIO, 2016, p. 116).

Segundo o autor, o “Erário Mineral” foi a primeira publicação de conhecimento médico produzido no “espaço imperial português”, a apresentar “uma reprovação à maneira pela qual os senhores tratavam os indivíduos submetidos à escravidão, fundamentada na moral religiosa católica e no ideário jesuístico elaborado a partir da época da queda do quilombo de Palmares.”

Segundo registros documentais, particularmente, depois da proibição definitiva da importação de africanos (1850), verificou-se diminuição do óbito de cativos nas propriedades rurais da Província de Minas Gerais. Em 1856 “foram registrados 3411 nascimentos e 2509 óbitos em 78 localidades da mesma província, com um saldo positivo de 902 indivíduos.”

Vários médicos se manifestaram pelo fim da escravidão, “verdadeiros apelos em defesa da exploração menos predatória do trabalho escravo.”

Assim, depois da Lei Euzébio de Queirós, que proibiu definitivamente a importação de africanos, é possível perceber que, se por um lado, as suas propostas começaram

a surtir efeitos, por outro o tráfico interno de escravos, a Lei do Ventre Livre e a imigração limitaram o seu alcance. Pois, até a Abolição, alguns médicos continuavam a observar [...] boa parte da população escrava continuava padecendo em decorrência dos mesmos problemas que há séculos contribuíam para dizimá-la. (EUGÊNIO, 2016, p. 193).

“No contexto da escravização no Brasil, foram idealizados verdadeiros manuais para padronizar as regras de comércio e ensinar uma série de castigos cujo objetivo era incutir o medo e a obediência dentro do sistema escravocrata”. (SCHWARCZ; STARLING, 2015).

O Brasil republicano manteve a prática autoritária da escravidão, inicialmente com os imigrantes vindos da Europa em crise, com a promessa de trabalho e prosperidade em terras fartas. A chegada até o local do “*laboro*” era muito semelhante àquela imposta aos africanos. Os custos para a manutenção desse trajeto e todos os objetos dados pelos fazendeiros eram descontados do trabalho a ser realizado de forma que os trabalhadores iniciavam suas jornadas com dívidas muitas vezes impagáveis. (MARQUES et al., 2012).

Outra forma de acordo de trabalho existente nesse período era o contrato de parceria, onde o fazendeiro cedia parte de sua fazenda em troca do trabalho e administração do imigrante, onde tal contrato não era regulado por legislação que garantisse princípios de boa fé e igualdade, resultando numa forma de trabalho escravo, dentro de um aspecto permissivo. (MARQUES et al., 2012, p.11).

Com um sistema normativo rígido de produção, onde a desobediência resultava em multas, e diante de situações exploratórias análogas ao escravo, ocorreram mudanças dos imigrantes das fazendas para as indústrias que começavam a surgir nas cidades no início do séc. XX. Inicia-se assim, no Brasil, a luta do proletariado por melhores condições de trabalho. (MARQUES et al., 2012).

Mas, entre os vários cenários da exploração capitalista, o trabalho escravo ainda acontece no Brasil do séc. XXI.

Druck e Filgueiras (2014), ao analisarem o processo de crescimento descontrolado da terceirização¹¹ no nosso país, nos setores públicos e privados, no qual “os empresários manifestam por todos os meios a sua voracidade pelo lucro”, revelam várias formas de precarização dos trabalhadores terceirizados nos diversos setores produtivos, com a “criação

¹¹A terceirização é uma modalidade de gestão do trabalho incentivada pela lógica de acumulação financeira que, no âmbito do processo de trabalho, exige flexibilidade em todos os níveis instituindo um novo tipo de precarização social. Assim, num quadro em que a economia está contaminada pela lógica financeira sustentada no curtíssimo prazo, as empresas buscam garantir a sua rentabilidade, transferindo aos trabalhadores a pressão pela maximização do tempo, pelas altas taxas de produtividade, com a redução dos custos do trabalho e com a volatilidade nas formas de inserção e de contratos. E a terceirização corresponde, como nenhuma outra modalidade de gestão, a essas exigências. (DRUCK e FILGUEIRAS, 2014, p. 110).

da primeira e segunda categoria, estimulando a concorrência e a discriminação dos chamados terceirizados, encontrados sob a condição de trabalho análogo ao escravo.”

Segundo dados do Ministério do Trabalho:

Considerando os dez maiores resgates de trabalhadores em condições análogas às de escravos no Brasil, em cada um dos quatro anos (2010 a 2013), em 90% dos flagrantes, os trabalhadores vitimados eram terceirizados. (DRUCK; FILGUEIRAS, 2014).

2.1.3 Aspectos históricos da relação saúde-trabalho no Brasil industrializado

No Brasil, no séc. XIX, a Medicina Social era assim considerada, por ter nas populações das cidades brasileiras, as condições patológicas e a criação de normas que pudessem levar à sociedade um estado positivo de saúde. Como a industrialização no Brasil só ocorre no séc. XX, o olhar para o adoecimento relacionado ao trabalho era inexistente para a Medicina Social da época, mesmo em locais de trabalho insalubre. (LACAZ, 2007).

No final do séc. XIX e início do séc. XX, diante da preocupação econômica da exportação de produtos agrícolas, priorizou-se o saneamento de portos e ferrovias, e ao lado das campanhas sanitárias em 1910 (Revolta das Vacinas com o envolvimento do médico Oswaldo Cruz), surge a preocupação com as doenças infectocontagiosas relacionadas ao trabalho que incapacitavam e matavam os trabalhadores. (MENDES, 1985).

Contribui para esse enfrentamento, os conhecimentos da bacteriologia e da higiene que provoca “um deslocamento do eixo “social” – vago, (...), incômodo para uma sociedade capitalista emergente – para o eixo das “causas específicas” [a] impulsionar (...) os estudos e a práxis da Patologia do Trabalho”. (MENDES, 1995, p. 11).

Em 1919, pesquisadores do Industrial Fatigue Research Board (Inglaterra), ao investigarem, por métodos estatísticos, as causas dos acidentes, divulgam que, assim como os indivíduos divergem na altura, no peso e na força muscular, também divergem na predisposição aos acidentes. Essa concepção da suscetibilidade individual como causa de acidentes, é incorporada pela Medicina Social, nas fábricas brasileiras, através da Higiene do Trabalho, e passa a definir um “padrão ótimo” na seleção dos operários. (LACAZ, 2007).

“A Reforma Carlos Chagas de 1920, incorpora a Higiene do Trabalho à Saúde Pública, que na época era subordinada ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores, através do Departamento Nacional de Saúde Pública”. (LACAZ, 2007).

Com a criação do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (MTIC), fruto da revolução de 1930, a atribuição das ações de Higiene do Trabalho passa a ser subordinada a esse Ministério, mais especificamente à Inspetoria de Higiene e Segurança do Trabalho do Departamento Nacional do Trabalho, DNT. (MENDES, 1995).

O Estado enfrenta uma classe operária que procura se tornar sujeito social, através das representações de classe, influenciada pelo anarquismo. Reivindicam a regulamentação do trabalho para evitar a exploração. A exemplo do que ocorreu na Europa no final do séc. XIX, visavam redução das jornadas de trabalho, descanso remunerado, controle do trabalho noturno e da mulher, e denúncias das péssimas condições de trabalho. Sob forte repressão e cooptação pelo MTIC, os trabalhadores tornam-se dóceis e corporativos. (LACAZ, 2007).

O grande desenvolvimento industrial da década de 1950, consolida a criação dos Serviços Médicos de Empresa (SMEs), que passam a prestar atendimento clínico-individual e estudar o absenteísmo, a seleção de pessoal e os acidentes e doenças ocupacionais, numa perspectiva de uma mão de obra mais salutar, com rápido retorno à produção. Sob o ponto de vista empresarial, esse era um importante papel de uma seção médica, no interior das empresas. (LACAZ, 2007).

As complexas relações de trabalho que se configuravam, não conseguiam ser entendidas apenas sob a ótica da Medicina do Trabalho e Higienista. Havia a necessidade de uma racionalidade científica mais abrangente que se efetivou na saúde ocupacional, marcada por contribuições da higiene industrial, toxicologia, epidemiologia e saúde pública, como preconizava o “comitê misto de experts, patrocinado pela Organização Internacional do Trabalho e Organização Mundial da Saúde”. (MENDES, 1985).

Intensificam-se, então, os contatos com experts higienistas industriais norte-americanos, sendo criado o Serviço de Higiene Industrial (SHI) em São Paulo, do Serviço Social da Indústria (SESI), com a participação “de médicos e engenheiros sanitários, formados entre o final dos 1940 e o início dos 1950, nas escolas de saúde norte-americanas, a partir da cooperação técnico-científica estabelecida pelo governo brasileiro com as fundações Rockefeller e Ford, iniciada na década de 1910”. (LACAZ, 2007, p. 100).

Agora os SHI assumem importante papel, desenvolvendo metodologia para elaboração de inquéritos de higiene industrial, adotados em São Paulo e Rio de Janeiro, mediante abordagem epidemiológica aliada à higiene, com avaliação de ambientes, condições de trabalho e exames médicos”.

“...o médico Bernardo Bedrikow, professor decano de medicina do trabalho na Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo até os anos 1980, formado em saúde pública e higiene do trabalho em Harvard nos anos 1950 e um dos fundadores, em meados de 1950, do ambulatório de doenças profissionais do

Sesi de São Paulo, refere que na casuística do ambulatório, após as dermatoses ocupacionais aparecia, como agravo, [em] segundo lugar a intoxicação por chumbo (...) Por causa da indústria automobilística. Foi período do crescimento desordenado da indústria automobilística. Aquele negócio heróico de fazer 100 caminhões por dia. E cada caminhão, cada ônibus levava 10 a 12 kg de chumbo (...) derretido no maçarico. Isto representou esta verdadeira epidemia: 1.000 casos de intoxicação em um curto espaço de tempo. Tudo bem documentado! (LACAZ, 2007, p.101).

Segundo Lacaz (2007), no Brasil o discurso técnico articulado com o poder para disciplinar o trabalho acontece na década de 1970, durante a ditadura militar, quando são regulamentados pelo Ministério do Trabalho e Previdência Social, os Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho – SEESMET.

A saúde dos trabalhadores fica então sob os cuidados do Estado, apenas como “razão instrumental ou como fator de produção, através do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, até o Ministério do Trabalho e Previdência social, sem qualquer participação do setor saúde”. (LACAZ, 2007).

2.2 Contribuição da Medicina Social Latino-Americana para a Saúde do Trabalhador

Na década de 1970 surge uma série de investigações sobre a saúde dos trabalhadores em todos os países da América Latina, numa tentativa de constituir a saúde dos trabalhadores, como um objeto de estudo específico.

Laurel (1982)¹², trouxe contribuições para a discussão sobre o caráter da doença. Esta é essencialmente biológica, um fenômeno biológico individual, ou social?

O questionamento do paradigma médico-biológico ocorreu, diante da dificuldade de gerar novo conhecimento que permitisse a compreensão dos principais problemas de saúde que afligiam os países industrializados. Decorreu também, de uma crise da prática médica, especialmente na América Latina, onde a medicina clínica não ofereceu soluções satisfatórias para a melhoria das condições de saúde da coletividade. (Laurel, 1982).

O caráter histórico da doença é empiricamente comprovado, não pelo estudo das suas características individuais, mas sim pelo estudo do processo que ocorre na coletividade humana. Portanto, não no caso clínico, mas no modo característico de adoecer e morrer dos grupos humanos.

¹²Ana Cristina Laurel, graduada em medicina na Suécia, tornou-se Mestre em Saúde Pública pela Universidade da Califórnia, se especializando em epidemiologia. Naturalizou-se mexicana e é uma grande pensadora de saúde na América Latina com uma trajetória reconhecida na vida acadêmica e na gestão pública. (LAUREL, 1982).

Antes de discutir a forma de constituir os grupos a estudar, deveria ser possível constatar diferenças nos perfis patológicos ao longo dos tempos, como resultantes das transformações da sociedade. Mesmo assim, as sociedades que diferem em seu grau de desenvolvimento e organização social, devem apresentar uma patologia coletiva diferente. Dentro de uma mesma sociedade, as classes que a compõem mostrarão condições de saúde distintas.

No final da década de 1960, mesmo assumindo formas particulares nos diversos países, viveu-se uma nova etapa de lutas sociais que colocaram sob suspeita o modo dominante de resolver as necessidades das massas trabalhadoras, tanto nos países capitalistas avançados como nos dependentes. Inicia-se uma crítica que procura uma compreensão diferente dos problemas, de acordo com os interesses populares, dando origem à novas práticas sociais.

Na área da Saúde do Trabalhador, a problematização da relação saúde-trabalho, é discutida sob a análise do caráter social do processo saúde-doença, e a necessidade de entendê-lo na sua articulação com o processo de trabalho.

O objetivo foi desenvolver um instrumento metodológico-técnico, pensando especificamente em função do objeto de estudo – saúde do trabalhador; integração da experiência operária no processo de produção do conhecimento (a exemplo do que estava acontecendo com o movimento sindical italiano, o chamado “Modelo Operário”), que ainda não havia superado as limitações no processo de investigação-transformação, que era dar mais atenção às investigações da organização social dos trabalhadores com relação ao desgaste; e, finalmente, aprofundar e enriquecer os estudos na sua relação com o processo de produção e o padrão de desgaste do trabalhador.

Entende-se que, ainda que o desgaste se manifeste nos indivíduos, é somente a nível coletivo que ganha dimensão. Corresponde a um conjunto de alterações negativas, como consequência da ação das cargas sobre o corpo humano. O desgaste pode levar desde a perda de órgãos, como também, comprometer o desenvolvimento das potencialidades psíquicas ou biológicas do trabalhador.

Esta abordagem entende o processo de adoecimento dos trabalhadores, através do estudo dos processos de trabalho. Articula as questões sócio-políticas e econômicas, de forma a se estabelecer o nexos biopsíquico das coletividades, nas sociedades capitalistas industriais. (LAURELL & NORIEGA, 1989).

O impacto das cargas de trabalho e o desgaste sobre as condições de saúde-doença dos grupos humanos em determinado processo de trabalho, resulta das características próprias

do sistema capitalista de produção, que estão presentes na luta entre capital e trabalho, na busca de maior produtividade, competitividade, associado às inovações tecnológicas, à exploração do trabalho e à acumulação do capital. Desta forma, a análise do processo de produção de maneira global, é o que nos possibilita compreender como as cargas de trabalho e o desgaste, atuam sobre os trabalhadores.

Esta área de estudo e práticas, buscou na experiência sindical italiana, uma referência que contribuiu para o reconhecimento do saber do trabalhador, no controle dos agravos e riscos existentes nos ambientes de trabalho.

Os trabalhadores italianos na década de 1970, fizeram alianças com os profissionais de saúde desse país. O conhecimento da relação entre processo de trabalho e saúde, resultando na construção do Modelo Operário Italiano - MOI, que pressupõe a valorização do saber e das experiências do trabalhador, a não delegação do planejamento e do controle de sua saúde aos técnicos, a socialização e a apropriação mútua do conhecimento, na perspectiva da construção de um saber coletivo. Parte do princípio, que a forma de inserção dos homens no trabalho, contribui efetivamente, para sua forma de adoecer e morrer. (LAURELL & NORIEGA, 1989).

2.2.1 A Saúde do Trabalhador no SUS

A emergência da Saúde do Trabalhador no Brasil, está associada a mudanças importantes que aconteceram na década de 1980, no contexto da transição democrática.

Na década de 1980 a saúde pública, saúde coletiva e a medicina social latino-americana, introduziram novos conhecimentos na relação trabalho-saúde, para entender e intervir nas realidades do trabalho:

...é mister salientar como registro da história recente, a importante conquista do movimento social brasileiro através da Reforma Sanitária, o que contribuiu para que nos anos 1980 tal realidade se modificasse. Melhor explicando: a saúde é assumida como direito, na perspectiva da cidadania, e o Estado, através do Sistema Único de Saúde (SUS), deverá assumir atribuições no campo Saúde do Trabalhador, agora considerada atividade de saúde pública, disputando a hegemonia do “setor” trabalho e da saúde ocupacional-medicina do trabalho. (LACAZ, 2007, p. 95).

Assim, no Brasil, as relações entre trabalho e saúde do trabalhador, se dão em múltiplas situações de trabalho, caracterizadas por diferentes estágios de incorporação tecnológica, diferentes formas de organização e gestão, relações e formas de contrato de trabalho, que se refletem sobre o viver, adoecer e morrer dos trabalhadores. (MS, 2001).

A Constituição de 1988 declarou que saúde era direito do cidadão, e dever do Estado. Desse dispositivo constitucional foi organizado o SUS, obedecendo aos pressupostos de universalidade, integralidade assistencial, promoção da saúde e participação da comunidade, financiado com fundos públicos, para a prestação de cuidados de saúde gratuitos, para os cidadãos brasileiros.

Assim, ao longo de alguns anos, o campo da Saúde do Trabalhador nos serviços públicos, ganhou maior inserção como preocupação do Estado, para além das atividades de reparação previdenciária. (SANTOS et al., 2005).

A construção de uma rede de referências em Saúde do Trabalhador em São Paulo, que era objetivo dos militantes da área da saúde do trabalhador desde a década de 1970, ganhou fôlego com o início do Projeto de Cooperação Técnica Brasil-Itália (PCTBI), em 1993. Esse projeto trouxe inúmeras atividades de formação, capacitação e treinamento nos municípios onde havia a existência prévia de atuação em Saúde do Trabalhador - desenvolvido pelo setor público. (MAENO, M.; CARMO, J.C., 2005).

Essas ações eram coordenadas por dois representantes do governo italiano, profissionais comprometidos com a causa pública, que, juntamente com representantes brasileiros desenvolveram um Plano Operacional do PCTBI, cujo objetivo era o desenvolvimento de um sistema de referência em saúde do trabalhador no Estado de São Paulo, desenvolvida pelo setor público. Como objetivos específicos, previa o apoio à operacionalização de uma rede de centros de referência, fornecimento de material didático sobre vários temas afins, formação e capacitação de recursos humanos, a consolidação de referência em toxicologia e a implantação de um núcleo de documentação/informação e de apoio às ações em Saúde do Trabalhador. (MAENO, M.; CARMO, J.C., 2005).

Apesar de todos os esforços e articulações, apenas em 2002 é criada a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – RENAST. A portaria que a criou (Portaria nº 1.679/GM, de 19/09/2002), “carrega um pecado de origem, só tratava da assistência, sem dispor sobre a vigilância nos ambientes de trabalho, pilar fundamental para a prevenção de danos relacionados ao trabalho”. (MAENO, M.; CARMO, J.C., 2005, p. 248).

Com um aparato legal que vem preenchendo algumas arestas, a RENAST atualmente abriga 210 Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) habilitados, segundo o último Inventário da RENAST 2015/2016, publicado no RENAST Online de 2017. (GOMEZ et al., 2018, p. 1968).

Diferentemente da Medicina do Trabalho, o campo da Saúde do Trabalhador, constitui uma área da Saúde Pública que tem como objeto de estudo e intervenção, as relações

entre o trabalho e saúde. Têm como objetivos a promoção e proteção da saúde do trabalhador, por meio do desenvolvimento de ações de vigilância dos riscos presentes nos ambientes e condições de trabalho, dos agravos à saúde do trabalhador, e a organização e prestação da assistência aos trabalhadores, compreendendo procedimentos de diagnóstico, tratamento e reabilitação de forma integrada, no SUS. (MS, 2001).

Entre os determinantes da Saúde do Trabalhador estão compreendidos os aspectos político-econômico-cultural, incluindo escolhas políticas por estratégias de desenvolvimento e crescimento econômico, e o aparato legislativo-jurídico-administrativo para eventual controle de impactos à saúde, associados às decisões de governo. (MS, 2001).

São condicionantes da Saúde do Trabalhador os aspectos dos processos de exposição que passam a ocorrer com a implantação das atividades, empresas, empreendimentos, desdobramentos práticos das decisões políticas, os sistemas sociotécnicos e ambientais implantados. A prevenção se desenvolve com o desenho e atuação dos sistemas de gestão da saúde, segurança e meio ambiente, existentes na sociedade e nesses sistemas. (MS, 2001).

Assim, as ações de saúde do trabalhador têm como foco as mudanças nos processos de trabalho que contemplem as relações saúde-trabalho em toda sua complexidade, por meio de uma atuação multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial, que procura prevenir, regular e minimizar as consequências dos agravos à saúde da população trabalhadora (MS, 2001).

Os trabalhadores, individual e coletivamente nas organizações, são considerados sujeitos e partícipes das ações de saúde, que incluem: o estudo das condições de trabalho, a identificação de mecanismos de intervenção técnica para sua melhoria e adequação, e o controle dos serviços de saúde prestados.

Na condição de prática social, as ações de saúde do trabalhador apresentam dimensões sociais, políticas e técnicas indissociáveis. Como consequência, esse campo de atuação tem interfaces com sistema produtivo e a geração de riqueza nacional, a formação e preparo da força de trabalho, as questões ambientais e a seguridade social. De modo particular, as ações de saúde do trabalhador devem estar integradas com as de saúde ambiental, uma vez que os riscos gerados nos processos produtivos, podem afetar, também, o meio ambiente e a população em geral. (MS, 2001).

2.2.2 A construção jurídico-legal em Saúde do Trabalhador

Destacaremos neste estudo, uma análise do arcabouço legal que deu sustentação à Saúde do Trabalhador desde a Constituição Federal de 1988 - CF. Entendemos que a legislação que amparou a saúde do trabalhador até 1998, esteve inserida na construção das bases legais do SUS. Por este motivo, discutiremos os aspectos que implicaram mais objetivamente na construção jurídico-legal em Saúde do Trabalhador, sem aprofundar os detalhes, visto que fugiríamos dos nossos objetivos.

Por ser um objeto complexo, envolvendo aspectos socioculturais, políticos e econômicos, com várias interfaces institucionais (Ministério da Previdência Social, Ministério do Trabalho, Ministério Público do Trabalho, Sindicatos) a consolidação legal da Saúde do Trabalhador tem enfrentado muitos embates a nível federal, estadual e municipal. (MS, 2005).

A partir da Constituição Federal de 1988 - CF, com a criação do SUS, a Saúde do Trabalhador é incorporada como área de competência própria, com exigências de estatutos jurídicos, que permitam reforçar suas práticas no campo da Saúde.

A CF, é a norma de força máxima na escala jurídica, ou seja, seus princípios não podem ser contrariados ou diminuídos por nenhum outro instrumento formal, que compreende articuladamente várias disposições jurídicas.

Na definição das competências, a CF, no art. 23, afirma que “cuidar da saúde é competência comum da União, dos estados e municípios”, enquanto que “legislar sobre a defesa da saúde, é competência concorrentemente à União e aos estados, e suplementarmente ao município”. No âmbito da legislação concorrente, a CF diz que: a competência da União limitar-se-á a estabelecer normas gerais que poderão ser suplementadas pelos estados e municípios”.

Estudiosos do direito sanitário afirmam que essas disposições da CF trouxeram problemas e não deixaram espaço para a criação de jurisprudência na matéria, e:

No que diz respeito às ações de vigilância em saúde, em especial a Saúde o Trabalhador de estados e municípios, esses setores deparam-se com questões da hierarquia dos instrumentos legais entre as três esferas e com a discussão da intersectorialidade e da possível concorrência de atribuições entre setores saúde, previdência, meio ambiente e trabalho. (MS. 2005).

Dallari (1995 apud MS, 2005), considera que “outro deslize técnico no campo sanitário-constitucional”, ocorreu ao dar à União a atribuição da competência exclusiva para

“organizar, manter e executar a inspeção do trabalho”, quando na organização do sistema de saúde descreve como sua responsabilidade “executar as ações [...] de saúde do trabalhador.”

Na opinião de Sueli Gandolfi Dallari (1995), apresentada no livro intitulado “Os Estados Brasileiros e o Direito à Saúde”, confundiu-se, inadequadamente, a inspeção do trabalho, reservada à União, com a vigilância da saúde dos trabalhadores, obrigações do sistema de saúde que, segundo a CF, deve ser descentralizada para todas as esferas do governo.

Durante algum tempo, essas concorrências legais trouxeram grandes embates na disputa de poderes institucionais na área da Saúde do Trabalhador, com desgastes dos profissionais da área de saúde. Porém, diversos juristas concordam que a CF é clara “quando prevê como objeto de ação a Saúde do Trabalhador e o ambiente de trabalho, o faz expressamente no capítulo do direito à saúde. (art. 200).”

São duas as Leis Orgânicas da Saúde - LOS, as Leis Federais de nº 8.080 de set/1990 e a de nº 8.142 de dez/1990, “regulam, fiscalizam e controlam as ações e os serviços de saúde.” A Lei 8.080 “insere a Saúde do Trabalhador como campo de atuação do SUS e estabelece o que se entende por vigilância sanitária, vigilância epidemiológica e por saúde do trabalhador”. A Lei 8.142 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, e sobre as transferências de recursos na área da saúde. Foram criadas, a partir dessa lei, as Conferências Nacionais setoriais, estaduais e municipais de Saúde do Trabalhador.

Decreto Federal nº 99.438/1990 que dispõe sobre a organização e atribuições do Conselho Nacional de Saúde – CNS, estabelece as seguintes competências ao CNS:

- I- atuar na formulação de estratégia e no controle da execução da Política Nacional de Saúde, em nível federal;
- II- estabelecer diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, em função das características epidemiológicas e da organização de serviços;
- III- [...]
- IV- aprovar os critérios e valores para remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial;
- V- VI [...]
- VII- acompanhar o processo de desenvolvimento e incorporação científica e tecnológica na área da saúde, visando à observação de padrões ético compatíveis com o desenvolvimento sociocultural do país.

Todos esses mecanismos de controle social, de gestão do SUS e de financiamentos definidos no respectivo Decreto Federal, devem contemplar a Saúde do Trabalhador.

A Portaria nº 1.565/94 do MS que definiu o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, incluiu a Saúde do Trabalhador e os ambientes de trabalho como campos de atuação e do exercício da vigilância sanitária. A Lei Federal nº 9.782/1999 redefiniu esta portaria, criando o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, delimitando especialmente a competência da União, no que diz respeito à essa questão.

Outro instrumento passível de ser utilizado por estados e municípios em relação à fiscalização sanitária, é a Lei Federal nº 6.437/1977 que dispõe sobre as infrações à legislação sanitária federal, estabelece as respectivas sanções e os processos administrativos.

A Norma Operacional Básica do SUS – NOB-SUS 01/96 aprovada pela Portaria MS nº 2.203, reconfigurou as bases de relação entre União, estados e municípios, no processo de municipalização das ações de saúde, principalmente aquelas relativas ao financiamento das ações.

A NOB-SUS 01/96 define como um dos três grandes campos de atenção à saúde do SUS “o das intervenções ambientais, no seu sentido mais amplo, incluindo as relações e as condições sanitárias nos ambientes de vida e de trabalho; o controle de vetores e hospedeiros; e a operação de sistemas de saneamento ambiental (mediante o pacto de interesses, as normatizações, as fiscalizações e outros). (MS, 2005).

A área de Saúde do Trabalhador foi normatizada posteriormente, após a aprovação da NOST em out/1998, através da Portaria MS nº 3.908. Estabeleceu procedimentos para orientar e instrumentalizar as ações e serviços de Saúde do Trabalhador no SUS, definindo a relação mínima de ações a serem desenvolvidas pelos municípios, estados e Distrito Federal, habilitados nas condições previstas na NOB-SUS 01/96.

A Instrução Normativa – IN, de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS, aprovada pela Portaria MS nº 3.120/98, foi uma das mais importantes pois trouxe à Vigilância, à Saúde do Trabalhador, a concepção da medicina social latino-americana:

[...] como conjunto de práticas sanitárias, articuladas supra-setorialmente, cuja especificidade centra-se na relação de saúde com o ambiente e os processos de trabalho, que engloba estratégias de produção de conhecimento e de mecanismos de intervenção sobre os processos de produção, que implicam necessariamente a superação das práticas atuais em direção à transformação do modelo assistencial. Para tal propõe a leitura dos princípios gerais do SUS já definidos na Constituição Federal de 1988 à luz da incorporação do conjunto dos trabalhadores nas práticas assistenciais, da ausculta do saber operário à produção de conhecimento e de

práticas transformadoras, traduzindo a universalidade, a integralidade das ações, a hierarquização, a descentralização, a pluritucionalidade e o controle social, para o contexto das relações sociais, políticas e econômicas, da vida social, dinâmica e complexa, trazendo a exigência do planejamento segundo prioridades locais e a avaliação sistemática das ações, de seus impactos e resultados.

Outras recomendações da IN foram: a revisão dos Códigos de Saúde, de forma a contemplar as ações de Saúde do Trabalhador; e a instituição da Comissão intersectorial de Saúde do Trabalhador - CIST, subordinada aos Conselhos Estadual e Municipal de Saúde, com objetivo de acessorá-los na definição de políticas, no estabelecimento de prioridades, e no acompanhamento e avaliação das ações de Saúde do Trabalhador.

Em setembro de 2002, a Portaria nº 1.679 instituiu a estruturação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador no SUS – RENAST, com objetivo de “estimular a criação de centros coordenadores de Saúde do Trabalhador nos estados e regiões, de forma articulada entre Ministério da Saúde, as Secretarias de Saúde dos estados, Distrito Federal e municípios, balizada pelas diretrizes da Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002.”

Esta portaria determinou as ações de Saúde do Trabalhador na rede de Atenção Básica e no Programa de Estratégia da Saúde da Família e Comunidade, na rede de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador – CRST, e em ações na rede assistencial de média e alta complexidade do SUS.

A Portaria nº 2.728/2009 definiu que a RENAST deve integrar a rede de serviços do SUS por meio dos Centros de Referência Regionais em Saúde do Trabalhador – CEREST. Essas portarias permitiram a criação de uma identidade comum aos serviços do SUS. Porém, o desafio ainda não superado, foi o orçamento comum aos CEREST do Brasil, independentemente de suas localizações e das demandas impostas pelo perfil sócio-econômico-produtivo. (GOMEZ et al., 2018).

Outras normas específicas à área surgiram “com importância histórica para a Saúde do Trabalhador”:

- Resolução nº 23/1989 da Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação – CIPLAN, de âmbito Federal que repassou as antigas atribuições do Setor de Assistência ao Acidentado do Trabalho do INAMPS, para o antigo Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), estabelecendo normas e sistematizando a descentralização da assistência médica, farmacêutica e odontológica ao acidentado do trabalho. Em seu anexo que trata das diretrizes e do fluxo de atendimento ao acidentado do

trabalho, estabeleceu que “os acidentes de trabalho, as doenças profissionais e do trabalho, são consideradas de notificação compulsória, no âmbito da rede de serviços do SUDS;

- Portaria Interministerial MS/MPS/MT/Secretaria da Administração Federal nº 01/1993, resultante do trabalho da CIST, produz e aprova várias portarias, ordens de serviço e protocolos de intenção, entre eles uma de grande impacto, que “disciplina o procedimento operacional no estabelecimento do nexo causal pela perícia médica, nos casos de acidentes de trabalho e/ou doenças ocupacionais e a integração com outros setores envolvidos, normatizando, portanto, no âmbito da Previdência Social, o preenchimento e fluxo da Comunicação de Acidente de Trabalho – CAT, e estabelecendo que uma de suas seis cópias é destinada ao SUS;
- Portaria Interministerial MS/MPS/MT nº 18/1993 criou o Grupo Executivo Interinstitucional de Saúde do Trabalhador – GEISAT, “de caráter permanente, incumbido de buscar, promover ações integradoras, harmonizadoras e sinérgicas entre os vários órgãos de execução, na implantação concreta das políticas emanadas dos respectivos Ministérios e dos Conselhos Nacionais de Saúde, do Trabalho e da Previdência Social, visando melhorar os serviços públicos oferecidos aos usuários; a compatibilização e atualização dos estamentos¹³ legais e normatizadores, afeitos à saúde do trabalhadores; e o entrosamento e compartilhamento dos sistemas de informação referentes à saúde dos trabalhadores.”
- Portaria Interministerial MS/MPAS nº 11/1995 cria o Programa Integrado de Assistência ao Acidentado – PIAT, cujo objetivo era de disciplinar o atendimento ambulatorial, hospitalar, a reabilitação física e o fornecimento de medicamentos aos trabalhadores acidentados ou portadores de doença do trabalho e definir o repasse de recursos financeiros do Seguro Acidente de Trabalho, do Ministério da Previdência Social para o SUS;
- Portaria Interministerial MS/MPS nº 14/1996 que pretendeu implantar o PIAT organizando a oferta do atendimento hospitalar de urgência e emergência a esses trabalhadores, e atribuindo remuneração diferenciada aos procedimentos realizados em casos de acidente de trabalho;

¹³ Teia de relacionamentos

- Portaria GM nº 1.339/1999 publica a Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho, destacando a sua importância para a definição nosológica da população trabalhadora, para o estabelecimento de políticas públicas no campo da saúde do trabalhador. Segundo Gomez et al., (2018), esse foi um avanço bem sucedido. A lista foi fortemente ampliada e a listagem foi detalhada em manual publicado em 2001. O dispositivo legal determina que é necessário revisão periódica da lista, frente às novas tecnologias e a reestruturação produtiva.

Ainda merecem destaque outras leis e normas relativas ao meio ambiente, à agricultura, indústria e comércio, e outras áreas consideradas “transetoriais”. Por ex., a Lei Federal de Agrotóxicos que tem legislação própria em estados e municípios voltadas ao controle do uso (produção, comercialização).

O Decreto nº 7.602, de 2011, disciplinou a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST), a qual tem por objetivos a promoção da saúde e a melhoria da qualidade de vida do trabalhador, e a prevenção de acidentes e de danos à saúde relacionados ao trabalho ou que ocorram no curso dele, por meio da eliminação ou redução dos riscos nos ambientes de trabalho.

Em 2012, Portaria nº 1.823, instituiu a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, com o objetivo de “definir os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observados pelas três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), para o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador, com ênfase na vigilância, visando a promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores, e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos.”

Art. 6º Para fins de implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, dever-se-á considerar a articulação entre:

I - as ações individuais, de assistência e de recuperação dos agravos, com ações coletivas, de promoção, de prevenção, de vigilância dos ambientes, processos e atividades de trabalho, e de intervenção sobre os fatores determinantes da saúde dos trabalhadores;

II - as ações de planejamento e avaliação com as práticas de saúde; e

III - o conhecimento técnico e os saberes, experiências e subjetividade dos trabalhadores e desses com as respectivas práticas institucionais.

A Portaria nº 1.823 foi importante pois permitiu orientar as ações e produções científicas na área.

Enquanto principal referência normativa de princípios e diretrizes da área de ST, a Política efetivamente pode contribuir, entre muitos outros aspectos, para superar o distanciamento entre a produção de conhecimento de setores da academia e as necessidades de fundamentação na prática dos serviços. (GOMEZ et al., 2018, p. 1967).

2.3 A Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT)

2.3.1 Vigilância à Saúde

A discussão da VISAT no Brasil, surgiu no final da década de 1980 e começo dos anos 1990 e, embora seus pressupostos já tivessem sido lançados, é apenas em 1988 com a Constituição Federal e a Lei Orgânica da Saúde nº 8080/90, que ela se torna relevante e passa a ocupar espaço central nas políticas públicas de Saúde do Trabalhador, junto ao Sistema Único de Saúde. Um momento importante, no qual a atenção à saúde do trabalhador foi recolocada no setor saúde, não apenas na assistência, mas também na vigilância. (PINHEIRO, 1996).

A Carta de Otawa (1987), trouxe contribuição importante à construção do conceito de vigilância, ao defender o modelo da “Promoção à Saúde”, o qual centralizou seu foco na abordagem de determinantes e condicionantes de saúde, e não na prevenção secundária e terciária, que segundo Pinheiro (1996), eram defendidas pelo modelo assistencial flexineriano.

O conceito de Vigilância à Saúde ganha visibilidade com a decisão da OPAS (1988), de incentivar os países membros a reorganizarem seus sistemas de saúde através da implantação dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS), onde a vigilância seria uma das estratégias a ser enfatizada. Os SILOS foi um dos mais importantes desdobramentos da Conferência de Alma Ata, ao privilegiar o desenvolvimento dos cuidados primários à saúde, com participação social. No Brasil, os SILOS foram denominados “Distritos Sanitários.” (PINHEIRO, 1996).

Estes três elementos (cuidado primário, participação social, promoção à saúde), são partes fundantes do paradigma da Vigilância à Saúde. Este movimento de cunho internacional desencadeado pela OPAS a partir de 1988, imediatamente encontrou cenário favorável no Brasil, com a recente criação do Sistema Único de Saúde. (PINHEIRO, 1996, p.59).

A Constituição de 1988 deu destaque à concepção ampliada de saúde, e como local principal de suas ações, o Distrito Sanitário, fortalecendo assim, como estratégia de política de saúde, o desenvolvimento dos SILOS.

Além das tradicionais Vigilância Epidemiológica e Sanitária, nasce uma outra forma de se conceber a vigilância: a Vigilância à Saúde.

A Vigilância à Saúde pode ter diferentes espaços de estruturação que vão desde o nível local até o nível nacional (MENDES, 1992). Além disso, e em parte como consequência disso, pode adquirir dois grandes tipos de atuação que não se excluem, mas podem se diferenciar no modo e na ênfase de agir e que são:

a) uma enquanto prática eminentemente de intervenção – tem uma preocupação maior com a intervenção imediata em micro-problemas sanitários e dois de seus formuladores mais destacados são Eugênio Vilaça MENDES e Jairnilson Silva PAIM.

b) outra enquanto prática eminentemente de análise de tendência de situação sanitária - ocupa-se mais com a descrição, análise de tendência e monitoramento de macro-problemas sanitários. Um de seus autores mais atuantes é Pedro Luis CASTELLANOS (s/d). (PINHEIRO, 1996, p.60).

Dentro dessa concepção, o Distrito Sanitário é concebido como:

Processo social de mudanças das políticas sanitárias direcionadas no sentido da eficiência e eficácia sociais, da equidade e da democratização que se manifestam no espaço local, onde estabelecem relações transacionais entre instituições de saúde, organizadoras das respostas sociais referidas pelo paradigma da “promoção da saúde”, sobre a regulação de uma autoridade sanitária local, e os conjuntos sociais com seus problemas diferenciados que se manifestam na singularidade daquele território distrital. (PINHEIRO, 1996, p.61).

Abaixo alguns aspectos conceituais da Vigilância à Saúde discutidos por Pinheiro (1996, p.62):

- ao atuar na “promoção da saúde”, atuará também sobre os determinantes que extrapolam o setor saúde: trabalho, habitação, economia, previdência social, dentre outros;
- utiliza métodos epidemiológicos para gerar informação, mas seu fio condutor é a Epidemiologia Social latino-americana, onde as categorias explicativas são processo de trabalho e reprodução social;
- a “informação para ação” é vista de forma contextualizada, menos rígida, desmistificada, enquanto um meio de identificação e descrição de um problema que ajudará na tomada de decisão, e não como a grande finalidade e objetivo da vigilância;
- recebe importantes contribuições de Milton Santos (conceito de território-processo social) e Carlos Matus (planejamento estratégico-situacional);

- seu objeto de prática envolve situações de saúde a preservar, riscos, danos e sequelas, não se restringe a etapas do processo saúde-doença;
- a cobertura da população vai da vigilância de indivíduos à dos grupos, entre eles o ambiente coletivo de fábricas, sendo esse o principal campo da Saúde do Trabalhador, é a interface entre Vigilância à Saúde e Vigilância em Saúde do Trabalhador;
- participação e controle social são elementos marcantes e definidores na trajetória das vigilâncias, é portanto um princípio e não um método.

A Vigilância à Saúde é uma alternativa para a superação da dicotomia das práticas de Vigilância da Saúde Pública, e abre possibilidades de incorporação de conteúdos de Vigilância à Saúde do Trabalhador. (PINHEIRO, 1996, apud MENDES, 1992).

Em julho/2018 foi publicada a Política Nacional de Vigilância em Saúde pelo Conselho Nacional de Saúde, onde todos os pressupostos discutidos acima foram inseridos, garantindo ao SUS a Vigilância em Saúde em todos os níveis da atenção à saúde.

2.3.2 A VISAT

A VISAT foi resultante do saber acumulado da Saúde Coletiva, que permitiu ampliar a compreensão do processo saúde-doença, principalmente em relação ao trabalho, e “têm suas raízes no movimento da Medicina Social latino-americana, influenciado significativamente pela experiência operária italiana.” (GOMEZ et al., 2018).

Na opinião de Pinheiro (1996), as práticas de Vigilância em Saúde do Trabalhador no setor público brasileiro, não nasceram das estruturas das vigilâncias epidemiológica ou sanitária (embora houvesse uma aproximação), nem mesmo das inspeções dos ambientes de trabalho realizadas pelo Ministério do Trabalho.

Nossa tese é que a VISAT emergiu enquanto proposta e prática no interior do setor saúde, junto aos chamados Programas de Saúde do Trabalhador (PST) na década de 80, de forma heterogênea e contraditória, combinando elementos da experiência internacional e nacional das chamadas vigilância em saúde pública (sanitária e epidemiológica), vigilância à saúde, inspeção/fiscalização do setor trabalho e do movimento italiano e latino-americano da saúde do trabalhador. (PINHEIRO, 1996, p. 104).

Num cenário complexo, de natureza contraditória, exigindo abordagens interdisciplinares e interinstitucionais, a vigilância passou a ser construída a partir dos

diversos olhares de diversos atores sociais: município, estado, união, universidades, trabalhadores, empresariado, judiciário. (PINHEIRO, 1996).

Antes da Constituição de 1988, começaram os projetos pilotos em alguns PST. Após a Constituição e a Lei 8080/90, segundo o autor, seriam marcos significativos para a institucionalização das ações da VISAT no SUS. Tanto a Reforma Sanitária como a Saúde do Trabalhador foram resultado de inspiração em experiências internacionais mas foi um processo colado aos atores e características brasileiras.

As experiências iniciais nos PST já mostravam as grandes dificuldades de se desenvolver as ações de inspeção nos ambientes de trabalho nas empresas. O acesso formal não era tarefa fácil, com algumas controvérsias. Dizia-se que os Códigos Sanitários eram inconsistentes e limitados no respaldo e sustentação legal para as ações de intervenção nos ambientes de trabalho. Havia, principalmente, a resistência dos empresários e de amplos setores do Ministério do Trabalho quanto à atuação do setor saúde, apesar das ações conjuntas desenvolvidas antes da Constituição de 1988. “Após a Lei 8080/90 havia um fato novo significativo: passava a ser uma atribuição legal do SUS exercer a vigilância e fiscalização dos ambientes de trabalho.” (PINHEIRO, 1996).

Segundo o art. 6º da Lei 8080/90, passou a ser atribuição do SUS:

- participação em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho;
- normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentam riscos à saúde do trabalhador;
- avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde;
- informação ao trabalhador e a sua respectiva entidade sindical e às empresas sobre os riscos de acidente de trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional;
- participação da normatização, fiscalização e controle de serviços da saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas;
- revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração a colaboração das entidades sindicais. (PINHEIRO, 1996, p. 121).

A VISAT foi ganhando visibilidade num período de mobilização nas instâncias institucionais e sociais, marcada por avanços e resistências, resultando em: aumento dos PST, criação de novos instrumentos de trabalho, sistemas informatizados, eventos sobre o tema, conflitos de ordem jurídico-institucional, distintos instrumentos legais e aumento da produção científica.

Pinheiro (1996), aponta que, ao abordar determinantes e condicionantes do processo saúde-doença-trabalho, a vigilância se insere nas relações saúde-doença e capital-trabalho de “natureza intrinsecamente contraditórias e conflitivas, dinâmicas, de saber e poder, e que estão longe de serem harmônicas e complementares.”

Por outro lado, os conflitos internos à vigilância são inúmeros e de diferentes intensidades. O principal deles, segundo o autor, é o fato de ser decorrente de uma prática de Estado, o qual influí substancialmente.

Após a década de 1990, com predomínio do modelo neoliberal de Estado mínimo e privatizante, “ao lado de um modelo na defensiva, mais estatizante e socialmente participativo, a VISAT no SUS passou a conviver com esses dois modelos de papel do Estado, assumindo uma posição arriscada de franco antagonismo e resistência ao modelo neoliberal.”

Quanto ao papel coercitivo, de “poder de polícia” do Estado, inclusive na VISAT, traz profundas contradições e desconfianças nas relações com os próprios trabalhadores e com os empregadores. Tenta-se, no entanto, substituir o cenário e a noção do vigiar e punir para vigiar e negociar. [...] a construção de uma almejada aliança orgânica na VISAT entre Estado e os trabalhadores, não deixa de se assentar sobre uma base extremamente frágil, instável e questionável. Paira no ar sempre a dúvida se tal relação sob o capitalismo é possível e/ou desejável. (PINHEIRO, 1996, p. 151).

Gomez et al. (2018) afirmam que, até os tempos atuais, permanecem desafios que não foram superados:

- a ausência de uma cultura da Saúde do Trabalhador, no âmbito da saúde pública;
- a dificuldade da utilização de recursos, mesmo com rubrica própria;
- um corpo técnico insuficiente com formação específica de atuação;
- conflitos de competência com outras áreas do aparelho de Estado;
- resistência das vigilâncias tradicionais a incorporar o binômio saúde/trabalho em suas práticas;
- a percepção da população trabalhadora com viés assistencial e autoexcludente como protagonista das suas práticas;

- ausência de abordagens condizentes com a concepção da área de Saúde do Trabalhador;
- a inconsistência e heterogeneidade de entendimento da questão da Saúde do Trabalhador, quando não a ausência, nos dispositivos normativos nas três esferas de governo. (GOMEZ et al. 2018, p.1965).

Apesar da não superação desses desafios, Gomez et al. (2018), admitem avanços com a implantação da RENAST, em especial no aspecto formativo de quadros. “Embora a renovação permanente signifique perdas de técnicos bem formados, o ingresso de novos profissionais demonstra a vitalidade da área.” O desafio desse avanço apontado pelos autores, é a aferição da qualidade de algumas modalidades de formação.

Um desafio é a aferição do processo de formação que se baseie em resultados objetivos, cujo desfecho do percurso formativo seja a investigação/ação concretizada no mundo real e ombreada com os trabalhadores. (GOMEZ et al., 2018, p. 1967).

Ressalta-se o suporte que o Ministério Público do Trabalho (MPT) tem dado nos últimos anos, ao promover articulações intersetoriais tendo os CEREST como base essencial para “a formulação de demandas a a adoção de medidas necessárias para enfrentar os problemas em diversos setores produtivos.” Aqui os autores questionam o risco de judicialização de conflitos sociais, embora seja “indiscutível a função que desempenha, sobretudo frente às atuais limitações e deficiências de órgãos públicos de fiscalização e vigilância de ST.” (GOMEZ et al., 2018).

Outro avanço inquestionável é a articulação da VISAT com a Vigilância Ambiental, muitas vezes em “territórios de conflitos e vulnerabilidade”, que permite à VISAT imprimir sua marca de aprimoramento da pesquisa-ação, com apoio de grupos acadêmicos envolvidos e comprometidos com “comunidades ribeirinhas e costeiras, pescadores e pescadoras artesanais, marisqueiras, mulheres artesãs, trabalhadores em assentamentos, entre tantos, configurando uma vigilância de base territorial integrada e participativa.” (GOMEZ et al., 2018).

2.3.3 A prática da Vigilância em Saúde do Trabalhador

A VISAT pode dar visibilidade à gravidade das condições de trabalho dos setores produtivos. Apoia a construção de intervenção nas situações de exposição a perigos e suas consequências – os acidentes de trabalho. Intervém na criação de tecnologias que possam

prejudicar os seres humanos, suas consequências ambientais e as de outra natureza que também devem ser abordadas pela vigilância.

2.3.3.1 Diagrama de Vigilância à Saúde de Jairnilson Silva Paim

Traz uma visão ampliada de saúde e da interpretação dos determinantes, riscos, agravos e danos, trazidos da epidemiologia, articulando-os com um “esquema operacional que resgata e amplia o modelo clássico da História Natural das Doenças, incorporando desde as ações sociais organizadas pelos distintos atores até as ações específicas de prevenção de riscos e agravos, bem como as de recuperação e reabilitação dos doentes”. (TEIXEIRA et al, 1998).

Parte do princípio de que os que fazem a vigilância devem propor sugestões que abordem o controle das causas dos problemas, dos riscos e dos danos.

No controle das causas, devem ser considerados os macro determinantes socioeconômicos ambientais que, criadas as necessidades, vão gerar perigos e riscos aos quais os trabalhadores estão expostos, propiciando o aparecimento de doenças atuais ou potenciais, que podem contar com a ajuda da epidemiologia, do senso comum e mesmo da abordagem da legislação para o enfrentamento das soluções. Depois de algum tempo, as pessoas apresentam manifestações precoces de exposição, tornando-se suspeitas, apresentando, em seguida, manifestações mais claras com os danos instalados ou não (assintomáticos). A partir da confirmação dos casos, esses podem evoluir para cura, permanecer com sequelas ou ir a óbito. (Figura 1).

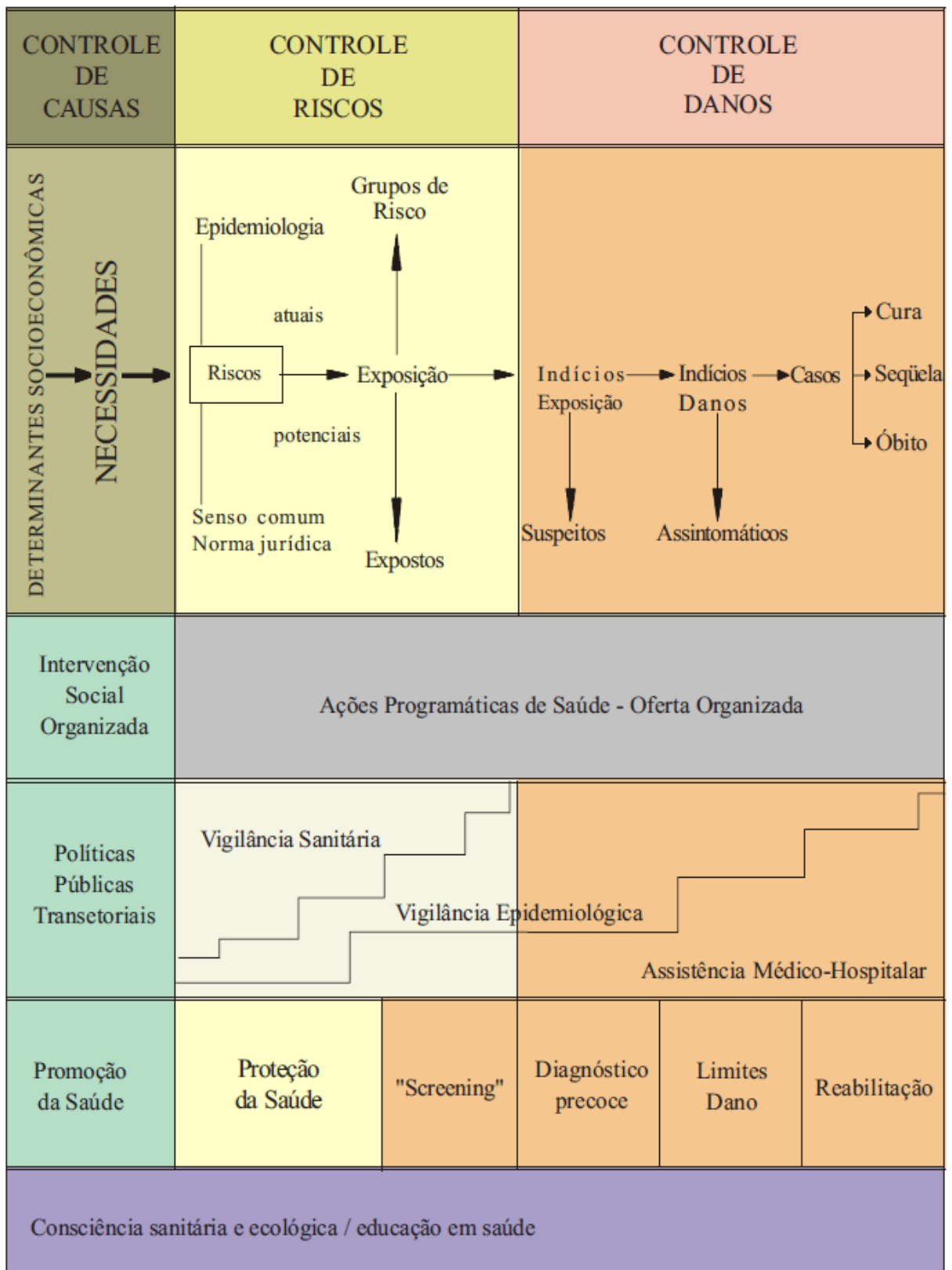
As formas de atuação da vigilância nesse modelo, propõem num primeiro momento, a atuação organizada da sociedade no controle das causas desses riscos. Num segundo momento, haveria a intervenção com ações programáticas de saúde atuando de forma organizada. Por ex., caberia programas de prevenção, de vigilância à saúde aos grupos específicos que se quer conhecer. Essa abordagem ainda pode ser alvo de políticas públicas transeitoriais. No outro campo de controle dos danos, haveria ainda as ações específicas de saúde, como das vigilâncias sanitária e epidemiológica, e a assistência médico hospitalar, integrando as ações em todos os níveis, como por ex., o atendimento dos casos nos serviços tem que gerar notificações e a partir daí a criação de banco de dados para analisar o conjunto das informações obtidas. Com isso é possível criar ações de intervenção planejadas, e fazer a prevenção dos riscos à saúde. (Figura 1).

No plano das causas, pode-se ainda ter ações da promoção e da proteção da saúde, com medidas que visem limitar os danos ocorridos, “screening” e exames para diagnósticos

precoces para limitação dos danos, e medidas de reabilitação que facilitem o retorno do trabalhador com sequelas, à vida ativa com melhoria da qualidade de vida.

Num modo geral, todas as intervenções que visem aumentar a consciência sanitária, criar na sociedade a preocupação com defesa da ecologia, do meio ambiente e da saúde, que possam desencadear processos de educação em saúde, são medidas que ajudam a enfrentar os riscos.

Nesse modelo a intervenção em Saúde do Trabalhador procura incorporar medidas em todos os níveis de atenção à saúde do trabalhador.



Fonte: PAIM, J.S. 1994⁴

Figura 1 – Diagrama de Vigilância da Saúde de Paim

2.3.3.2 Análise de riscos tecnológicos ambientais proposto por Marcelo Firpo

Nesse modelo, Firpo (1997), discute os riscos tecnológicos ambientais associados a novas tecnologias de produção e seus perigos para a saúde e meio ambiente, propondo uma nova abordagem teórico-metodológica integradora. As análises de riscos pelas vertentes da engenharia, toxicologia e epidemiologia propostas nas décadas de 1970 e 1980, não conseguem dar respostas eficazes diante da complexidade dos problemas enfrentados.

Estudos acadêmicos e experiências institucionais tem mostrado uma

[...] tendência de ampliação espacial, ecológica e social, tanto dos efeitos como da percepção e tematização pública dos riscos decorrentes dos processos produtivos, em particular envolvendo questões como os desastres industriais, a degradação dos ecossistemas e os problemas de saúde das populações circunvizinhas aos sítios industriais. (PORTO, FREITAS, 1997, p. 60).

Vários métodos de análise de riscos têm sido propostos nos últimos 20 anos. Possuem caráter preditivo, pois buscam avaliar os riscos antes que eles ocorram, resultando em valores probabilísticos de riscos, por ex., através do número de acidentes ou óbitos esperados.

A abordagem sistêmica tem influenciado a análise de acidentes, através de um caráter mais qualitativo, como acontece na técnica da árvore de causas, similar à análise da árvore de falhas. São ferramentas que permitem avaliar a teia de falhas técnicas, e organizacionais que se escondem por trás dos eventos finais.

Esse avanço metodológico tem possibilitado uma mudança na concepção das causas dos acidentes, deixando de culpabilizar o trabalhador, para buscar as falhas no gerenciamento de riscos, desde sua concepção tecnológica, até as estratégias de treinamentos, manutenção e produção adotados pelas empresas.

Porém, vários fatores têm sido levantados quanto às incertezas das análises de riscos tecnológicos ambientais, como a suscetibilidade dos seres humanos, genéticos e sociais; a especificidade de agentes, como por ex., agentes químicos que podem causar, não apenas um, mas diversos tipos de doenças, enfraquecendo a relação causal. Para os problemas ambientais, a complexidade é mais acentuada se considerarmos a biodiversidade, as diferenças entre as composições químicas dos solos, águas e atmosferas, o que muitas vezes é agravado pelas condições sociais das populações e do meio ambiente.

As limitações do conhecimento científico disponível são, nesses casos, particularmente para a toxicologia e epidemiologia, potencialmente mais sérias porque, como observa Wynne (1992), os sistemas em questão, não sendo artefatos

tecnológicos, não podem ser projetados, manipulados e reduzidos dentro dos limites do conhecimento analítico existente.

Nas últimas décadas assistimos a um grande incremento das técnicas de análise de riscos. Entretanto, é importante salientar que este ocorreu ao custo de ignorar serem os riscos fortemente determinados por processos sociais, seja no caso das análises dos sistemas tecnológicos e seus riscos (WYNNE, 1987a; PERROW, 1984), seja nos casos das análises ambientais. (WYNNE, 1989, 1992). Além do mais, não levaram em consideração o fato dos riscos não se limitarem somente aos danos físicos mensuráveis, sendo constituído por outros mais sutis, tais como os danos psicossociais sobre as populações expostas, além de suas implicações nas relações institucionais e sociais estabelecidas. (FIRPO; FREITAS, 1997, p. 67).

Esse modelo de análise de riscos, defende o diálogo com trabalhadores e populações atingidas pelos riscos tecnológicos ambientais, além de outros atores sociais, partindo de princípios éticos, e do fato da “incapacidade da ciência de produzir verdades absolutas e controlar processos decisórios”. Propõe um aprofundamento do debate interdisciplinar envolvendo além da Engenharia, Toxicologia e Epidemiologia, a Psicologia, Sociologia e Antropologia, com reconhecimento dos saberes, e da participação dos que estão expostos aos riscos, principalmente nas etapas decisórias.

Firpo (2007), propõe então, uma nova abordagem para a sociedade enfrentar as situações de risco, perigos e seus controles. Ele divide essa abordagem em três fases:

Fase 1 – momento histórico de tomada de decisões relacionadas a definições e geração desses perigos, como por exemplo a decisão política da criação de uma usina nuclear num determinado território. Essa decisão tem uma série de implicações no âmbito da saúde. A decisão política ocorre por causa de um desenvolvimento econômico e tecnológico de sistemas sociotécnicos e ambientais, com os quais vamos passar a conviver. Surgem então novos perigos. Nesta fase a prevenção pode se dar, sobretudo, através da legislação e regulação dos riscos, ou da aceitação deles.

Fase 2 – operacional: a instalação dos empreendimentos relacionados ao perigo com exposição das pessoas que trabalham com esse perigo. A decisão política resultou na implantação das situações de risco dos sistemas sociotécnicos e ambientais com pessoas expostas, exigindo o gerenciamento e controle de riscos, como medidas de prevenção dos agravos à saúde.

Fase 3 – das consequências: quando os serviços de saúde se deparam com os trabalhadores que foram vítimas de doenças ou acidentes, na operação desses sistemas. Eventos de riscos, ou seja, os impactos instalados: acidentes, doenças e contaminações ambientais. Exigem medidas reparadoras/mitigação. Pode-se diminuir os impactos, mas não os eliminar.

Nesse momento deve-se trabalhar com a reorientação das medidas reparadoras. Pensar o que pode ser feito para melhorar a capacidade dos sistemas de saúde, de mitigarem as consequências instaladas.

Cabe também, uma reorientação das medidas e práticas de gestão e controle dos riscos e meio ambiente.

Num terceiro nível há necessidade de reorientação das práticas regulatórias, e dos modelos de desenvolvimento. É um momento que a sociedade pode decidir que tipo de políticas econômicas ela aceita que sejam implementadas no seu território.

Esse modelo é acompanhado da necessidade das equipes de saúde e de todos os atores envolvidos nesse processo, aprenderem com o evento de risco. Um grande acidente é sempre uma chance do aprendizado coletivo, e incentivo da adoção de medidas que possam proteger populações expostas, prevenir novos perigos e riscos, e incentivar a promoção da saúde e a justiça ambiental.

Paim (1994) e Firpo (1997) apontam caminhos que ajudam a compreender e organizar a prática da Vigilância em Saúde do Trabalhador. Em resumo, ambos defendem a atuação em três níveis, nas consequências, na exposição e nos danos (Paim) ou macrodeterminante (Firpo), se referindo às causas políticas, inclusive no âmbito da regulação.

Embora Firpo (1997) não utilize a expressão “vigilância”, ele se refere a uma análise que orienta intervenções do tipo “vigilância”, como mudança no aparato regulador, mudanças na regulação da exposição, na busca ativa das consequências. Estas são as principais semelhanças entre os dois. Firpo se refere a eventos sócio-técnicos e ambientais, enquanto Paim se refere a qualquer agravo à saúde.

Ambos também fazem um diálogo com a Constituição de 1988, no que se refere ao direito à saúde, a construção de políticas públicas sociais, econômicas etc. Resgatam também, as abordagens do movimento operário italiano em relação à consciência sanitária, e a medicina social latino-americana (Laurell; Noriega, 1989) ao defender as propostas de interdisciplinaridade e a integração de saberes incluindo a dos trabalhadores.

2.3.3.3 Resultados da prática da VISAT no SUS

Gomez et al. (2018), ao se referirem aos duzentos e dez CEREST habilitados em todo Brasil, revelam que um dos resultados positivos desses serviços do SUS, foi o aumento das notificações dos agravos relacionados ao trabalho, com um milhão de casos registrados e 98% dos municípios mostrando capacidade de realizar esse registro.

As ações de vigilância à saúde do trabalhador canavieiro; as ações articuladas para o banimento do amianto (exitosas em um momento, mas houve retrocessos no governo atual); ações interinstitucionais e negociações para a vigilância e prevenção dos acidentes de trabalho; são exemplos de casos que dizem respeito às ações de vigilância desenvolvidas no SUS com impacto importante. (GOMEZ et al., 2018).

Outras iniciativas pontuais contra o trabalho análogo ao escravo; ações contra o trabalho infantil; trabalho em condições de precariedade extrema no lixo, no carvão e em territórios de vulnerabilidade, são consideradas avanços na área, pois consolidam metodologias de intervenção significativas para o aprimoramento dos serviços. (GOMEZ et al., 2018).

Esses resultados mostram que é possível superar alguns desafios ao adotar políticas de intersetorialidade, interdisciplinaridade, e da participação dos trabalhadores como propõe a VISAT.

Por outro lado, dados da Previdência Social, mostram que no ano de 2014 ocorreram no Brasil 704.136 casos de acidente de trabalho (AT)¹⁴, sendo 20,6% sem a Comunicação de Acidente de Trabalho – CAT, não emitidas pelo empregador, e 79,4% com o reconhecimento do AT pelo INSS, com emissão da CAT pela empresa, sindicato, instituição pública ou o próprio trabalhador. Ainda, considerando o total de AT, 2,8% foram de doenças relacionadas ao trabalho, 76,5% acidentes típicos e 20,7% de trajeto. (INSS/MPS, 2014).

Segundo o DIEESE (2016), ao analisar a mesma fonte de dados (INSS/MPS, 2014), verificou-se que ocorreram 1.886 óbitos em decorrência de AT. Desses 1.363 decorrentes de acidentes típicos, 418 por trajeto e 105 por doenças ocupacionais. Foram 4.673 trabalhadores aposentados por invalidez, 1.785 por AT e 2.888 por doenças ocupacionais.

Considerando que esses dados se referem apenas aos trabalhadores com registro em carteira profissional, sem considerar os trabalhadores que não têm direito ao afastamento remunerado do INSS como os trabalhadores autônomos, facultativos, empregados domésticos¹⁵, servidores públicos com regime previdenciário próprio, além dos casos subnotificados de AT pelas empresas, mostra a magnitude dos desafios ainda por vencer.

¹⁴Para fins previdenciários, as doenças relacionadas ao trabalho se equiparam aos acidentes típicos e de trajeto, portanto o termo “Acidente de trabalho” engloba a ocorrência de acidentes típicos, acidentes de trajeto e doenças relacionadas ao trabalho. Endereço da internet acessado em 26/02/2017: <http://www.previdencia.gov.br/dados-abertos/aeps-2010-anuario-estatistico-da-previdencia-social-2010/secao-iv-acide>

¹⁵ Com a aprovação da Lei Complementar nº 150, de 2015, que regulamentou a Emenda Constitucional nº 72, os empregados domésticos passaram a gozar de novos direitos, entre eles afastamento por acidente de trabalho com obrigatoriedade da emissão da CAT. Nesse caso, portanto, a partir de 2015, não se trata de subnotificação.

São quase sempre preveníveis, mas não são valorizados socialmente como eventos relevantes. São abordados de forma reducionista pelas empresas, que não adotam ações de impacto para a redução dos AT. É um desafio técnico e político para a atenção integral em Saúde do Trabalhador. (ALMEIDA, 2010).

Merecem destaque os resultados da Pesquisa Nacional da Saúde, 2013, sobre acidentes de trabalho autorreferidos pela população adulta brasileira, publicada por Malta et al. em 2017.

A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), foi um inquérito domiciliar realizado pelo Ministério da Saúde, em parceria com a Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE/PNAD), realizada entre ago/2013 a fev/2014. A amostragem foi por conglomerados e ocorreu em três estágios: setores censitários (unidades primárias), domicílios (unidade secundária) e um morador adulto de dezoito anos ou mais de idade, selecionado por amostra aleatória simples, para responder ao questionário individual. Foram definidos pesos amostrais para cada um dos três estágios. (MALTA et al., 2017).

As informações foram coletadas em 64.348 domicílios, sendo realizados 60.202 entrevistas com adultos. A amostra foi definida considerando o nível de precisão desejado para as estimativas de alguns indicadores de interesse, basicamente proporções de pessoas em determinadas categorias, permitindo que fossem estimados alguns parâmetros em diferentes níveis geográficos (unidades federativas, capitais, regiões metropolitanas). (MALTA et al., 2017).

Os resultados mostraram que:

[...] 4,9 milhões de trabalhadores relataram ter sofrido algum acidente de trabalho no Brasil, ou seja, em 3,5% da população adulta, sendo mais frequente entre homens jovens, de 18 a 39 anos, cor preta, e menos frequente na população com ensino superior completo, residentes no Sudeste do país. Cerca de um terço dos acidentes foram devido ao deslocamento para o trabalho (acidentes de trajeto). Dentre os acidentados pelo trabalho, cerca de metade deixaram de realizar suas atividades habituais devido ao acidente, 8,8% foram internados pelos AT e um quinto relatou sequelas decorrentes dos acidentes do trabalho. (MALTA et al., 2017, p.174).

Os autores concluem que, sendo de base populacional, a PNS permite estimar as ocorrências reais, já que o sistema oficial mantido pela Previdência Social, notifica os AT ocorridos entre trabalhadores com vínculo formal e segurados pelo SAT que corresponde à cerca de metade dos ocupados.

Entre os agravos relacionados ao trabalho que trazem múltiplos desafios para os serviços de atenção à saúde dos trabalhadores, de alta prevalência em todos os segmentos da

população economicamente ativa, são as Lesões por Esforços Repetitivos - LER. (VILELA, 2009).

LER designa os distúrbios musculoesqueléticos ocupacionais de origem multifatorial complexa. Ocupam o primeiro lugar nas estatísticas de doenças profissionais nos países industrializados. Resulta de um desequilíbrio entre as exigências das tarefas realizadas no trabalho e as capacidades funcionais individuais para responder a essas exigências. Os desequilíbrios são modulados pelas características da organização do trabalho, a qual constitui alvo das medidas de transformação da condições geradoras do adoecimento. (ASSUNÇÃO; VILELA, 2009, p. 20).

Um dos mais antigos agravos identificados como relacionado ao trabalho (Ramazzini em 1700 já descrevia a doença dos escribas), com inúmeros documentos institucionais e um grande número de trabalhos científicos publicados explicando sua etiologia e fisiopatologia, não deixam dúvidas que a LER, no momento atual, é consequência das transformações econômicas observadas nos países industrializados, nos últimos trinta anos.

Segundo Assunção e Vilela (2009), estão bastante conhecidas as “modalidades de produção (polivalência, “just in time”, flexibilização), as modalidades de emprego (contrato tempo parcial, contrato terceirizado, pagamento por peça produzida), e os problemas sociais delas derivados (insegurança, ausência de proteção social, intensificação das tarefas, multi emprego)”. Embora bem conhecidas, as consequências sanitárias estão longe de provocar mudanças decisivas nos programas econômicos, e nas políticas dos países industrializados.

Outros agravos que vêm contribuindo para o aumento dos dados apresentados são os Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho (SMRT). Por outro lado, mesmo sem necessariamente contribuírem significativamente do ponto de vista numérico, alguns agravos têm merecido atenção por parte da RENAST, seja pela gravidade seja pela possibilidade de atuação exitosa, já que são restritos a determinados ramos econômicos, como por ex., silicoses e intoxicações exógenas (considerando que são outros critérios de escolha). Essas ocorrências reforçam a implantação da vigilância, dentro dessas linhas temáticas, articuladas com a atenção básica, dentre outras instâncias. (GOMEZ et al., 2018).

Ao mesmo tempo em que a crescente automação e as novas tecnologias, ao contrário do que poderia ser, têm aumentado doenças relacionadas ao trabalho, velhas formas de adoecer permanecem no nosso país.

2.3.3.4 A VISAT na vida real

Para melhor compreensão das ações da VISAT dentro dos pressupostos da Saúde Coletiva, e da sua potencialidade na transformação dos ambientes de trabalho, faremos uma discussão sobre “Acidentes Mutilantes”, com base em filme/reportagem apresentado no programa de TV “Domingo Espetacular”, em 08/10/10.

Teríamos outros exemplos de acidentes de graves repercussões sobre a saúde dos trabalhadores, porém esse caso ocorrido há uma década, reúne, em um só momento, o do filme, todos os elementos necessários para sua análise, desde os depoimentos dos trabalhadores, cujas falas foram utilizadas para ilustrar o caso, até a intervenção das autoridades institucionais.

Identificando os atores

Empresa do setor calçadista, transferida de estado do sul do país, há onze anos, atraída por oferta de isenção fiscal, com objetivo de levar investimentos e empregos para uma região do nordeste.

Inaugurada em 1952 em SP, tinha, na época, trinta mil trabalhadores distribuídos em três unidades produtivas localizadas nos estados do Ceará e Sergipe, mantendo centro administrativo em Jundiaí-SP, na capital paulista e centro de desenvolvimento localizado em outro município do RS.

Situação Problema

A reportagem narra que, através de denúncia ao Ministério Público do Trabalho e Ministério do Trabalho e Emprego (não cita setor de saúde local), foram identificados mais de oitenta trabalhadores acidentados da empresa, durante atividade de trabalho, resultando em amputações traumáticas dos membros superiores, nos onze anos de sua existência no citado município.

Determinantes socioeconômicos

Depoimentos dos entrevistados deixam claro que a transferência ocorreu de um município onde os trabalhadores produziam calçados desde sua fase manufatureira até a de

industrialização, com sindicato ativo, para município carente de ofertas de emprego, e sem antecedentes de atuação coletiva e organizada dos trabalhadores. Era necessário levar o progresso para Itapetinga. Em troca a prefeitura liberava os custos fiscais.

A isenção fiscal é um tema dos art. 176 a 179 do Código Tributário Nacional, no qual há dispensa de tributo por meio de lei, realizada pelo ente federativo competente para instituí-lo. Não há efetivação do lançamento tributário, embora ocorra o fato gerador, e consequentemente se instaure a obrigação tributária. Pode ser uma forma de incentivar investimentos privados, no desenvolvimento de áreas de interesse público.

A isenção pode ser concedida:

- em caráter individual - concedida por lei mediante solicitação do sujeito passivo, que terá de cumprir alguns requisitos constante na norma concedente.
- em caráter geral - também depende de lei, mas é genérica e não traz requisitos a serem cumpridos pelo sujeito passivo.

Pode ser ainda:

- a) Condicionada - quando concedida mediante o cumprimento de determinados requisitos exigidos pela lei.
- b) Incondicionada - quando a lei apenas descreve a hipótese de concessão da isenção.
- c) Por prazo certo - se a lei determina o prazo que o sujeito passivo terá direito à isenção.
- d) Por prazo indeterminado - se a lei não define o prazo de concessão do benefício.

Entre os impostos federais que têm maior índice de alíquota reduzida:

- IRPJ — Imposto de Renda de Pessoa Jurídica;
- CSLL — Contribuição Social pelo Lucro Líquido;
- IPI — Imposto sobre Produtos Industrializados;
- PIS — Programa de Integração Social;
- COFINS — Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social;
- ICMS — Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (esfera estadual);

- ISS — Imposto sobre Serviços (municipal);
- IPTU — Imposto Predial e Territorial Urbano (municipal).

Análise:

1-Determinantes organizacionais/o momento da exposição aos riscos

A força de trabalho vinha da zona rural.

Eles colocavam anúncio no rádio chamando o pessoal e eles vinham correndo de todos os lados, da roça, do interior, de onde estivessem... (pai de trabalhador acidentado).

Empresa do RS é fechada e parte das instalações/maquinário é levado para Itapetinga, Bahia.

Acharam que fazer sapato era uma coisa simples, e tem muito maquinário, muito perigo numa fábrica de calçado. Nós aqui no sul, no Vale dos Sinos, principalmente, a gente sempre foi um pólo calçadista, de sapateiro, a mãe e o pai trabalharam no ramo e vão orientando os filhos, eles já têm uma noção do perigo. Lá eles não tinham noção nenhuma, começaram do zero, então claro que a afobação, despreparo causa acidente, a gente já sabe disso. (sindicalista do RS).

O sindicalista criticou a falta de treinamento para operar máquinas de costura de calçados, de dobrar cortes, prensas e outras, reconhecidamente perigosas, expressando a concepção hegemônica no país de que a prevenção de acidentes deve se basear em treinamento e habitualidade. “Acidentes de trabalho não ocorrem por acaso ou por falta de treinamentos, estudos têm mostrado que esses eventos acontecem por falhas sistêmicas organizacionais”. (ALMEIDA, 2010). O relevante no caso era o fato de que barreiras ou dispositivos de segurança/proteção das máquinas, se existiam, não eram suficientes para evitar os acidentes.

Eu fazia manutenção das máquinas. Um dia estava saindo pra almoço e o coordenador me chamou pra ver a máquina, respondi que estava indo almoçar, que não podia. Ele disse que eu era o único que tinha, e tinha que ir. Então eu fui. Cheguei lá a máquina estava presa por correntes, quando tirei as correntes a máquina caiu em cima do meu braço e eu fiquei sem ele. Tive que esperar duas horas para me levarem para o hospital que era em Itabuna. (Auxiliar de manutenção acidentado).

Outro exemplo de inexistência ou insuficiência de barreiras ou dispositivos de segurança/proteção:

Trabalhava há 9 meses na fábrica, o coordenador me tirou para mim fazer a função de um colega meu que não tinha ido trabalhar no dia, quando eu peguei no solado a máquina foi e amputou meu braço. (Trabalhador acidentado aos 18 anos de idade).

Trabalhadores eram pressionados a acelerar o ritmo de trabalho, mesmo aqueles que já haviam sofrido acidente:

Durante 8 meses após retorno à empresa, continuei trabalhando com máquina, o coordenador ameaçando que tinha que dar produção do mesmo jeito que os outros funcionários dava, não tava nem aí. No dia que falava que não ia fazer a função, eles me davam suspensão e me mandavam para casa. (trabalhador acidentado).

2-Impactos na vida dos trabalhadores/consequências

Lesões mutilantes graves, geralmente com perda de segmento de membro superior, acometendo jovens que permanecem com sequelas e limitações físicas parciais e permanentes importantes.

Comprometimentos psíquicos associados: impactos na auto-imagem, tristeza, sentimento de não reconhecimento do esforço e dedicação anteriores, projetos de vida interrompidos, ressentimentos com atribuição de culpa.

O advogado da empresa alega que fui eu que coloquei meu braço lá dentro da máquina porque eu quis, atrás de indenização. Agora imagina eu ser uma pessoa que vai botar o braço dentro da máquina, sabendo que vai ficar o resto da vida mutilado, sabendo que é uma coisa que vai perder e não vai voltar mais, nunca. (Trabalhador acidentado aos 18 anos de idade).

Não há relato de recursos terapêuticos (físicos e psicológicos), e de reabilitação profissional disponível para os trabalhadores acidentados.

Deve-se considerar também, as repercussões no âmbito familiar, visto que as sequelas criam dependência de terceiros para auxiliar nas atividades da vida diária, principalmente do auto-cuidado.

Impactos na saúde mental dos colegas, ao presenciar as amputações ou mesmo ao não conseguir auxiliar no momento do acidente, ou ao se colocar no lugar do acidentado, sabendo que um dia pode ser ele o atingido. Vários agravos psíquicos podem advir dessas situações, entre eles, o transtorno de estresse pós traumático.

Fiquei preso na máquina, ninguém sabia fazer nada pra me tirar, eu mesmo levantei e fui dizendo como eles tinham que fazer. (Trabalhador acidentado aos 18 anos de idade).

3 – Macrodeterminantes

A isenção fiscal concedida pelas autoridades tributárias, tornou-se um macrodeterminante, pois não se reverteu em benefícios para o município, estado ou união, e nem mesmo para a empresa que, minimamente poderia ter modernizado seu maquinário ou instalado sistemas de segurança.

Não se sabe quantos acidentes ocorreram na empresa durante sua permanência no local de origem (RS), mas considerando seu maquinário obsoleto e falta de planejamento para sua implantação em um novo ambiente, a transferência pode ter sido motivada pela pressão dos trabalhadores organizados na outra cidade.

A falta de recursos municipais de vigilância em saúde do trabalhador, de fiscalização e aplicação da legislação de controle federal e estadual, são outros macrodeterminantes dos acidentes de trabalho nessa empresa.

Discussão

Seguindo o modelo de vigilância à saúde proposto por Paim/Firpo, a atuação deve se dar de forma integrada em três níveis: nas consequências, na exposições e nos macrodeterminantes.

Nas consequências/Controle das Causas

Os casos ocorreram em empresa e município sem quaisquer recursos de assistência ou transporte das vítimas. A assistência dependia de transporte ao município mais próximo, localizado à 142km de Itapetinga, portanto, a ausência do atendimento de urgência/emergência provavelmente comprometeu o tratamento dos agravos à saúde dos trabalhadores, no sentido de se poder evitar a amputação, por ex., ou mesmo no suporte imediato das condições vitais.

Por outro lado, a ausência de representantes do setor saúde na reportagem e nos relatos dos trabalhadores, nos faz pensar, que o município não tinha recursos de vigilância à saúde, comprometendo assim: a notificação dos casos a nível municipal, estadual e previdenciário, ou seja preenchimento da ficha do SINAN e da CAT; o encaminhamento para o INSS, assim como para reabilitação física e profissional dos trabalhadores. Não foi relatado se o município que atendeu os trabalhadores cumpriu essas determinações legais.

Acidentes com amputação, geralmente têm repercussão grave sobre a saúde mental, principalmente em trabalhadores jovens, necessitando de acompanhamento psicológico e psiquiátrico, além de requererem período de recuperação física, com auxílio de profissionais especializados para as novas situações de vida a serem enfrentadas, como por ex., mudança de lateralidade se o membro afetado foi o dominante, uso de prótese, etc.

O retorno ao trabalho, dentro de um programa de reabilitação profissional previdenciário, deveria ser cuidadoso, em posto compatível, gradativo, com acompanhamento de equipe multidisciplinar dentro da empresa, o que não ocorreu segundo relato de um trabalhador acidentado.

Não houve relato de qualquer ação organizada dos trabalhadores, diante das ocorrências de acidentes de trabalho.

Na exposição/Controle dos Riscos

A vistoria no local do acidente por técnicos especializados/autoridades públicas e por representantes dos trabalhadores (CIPA ou do sindicato), além de entrevistas com trabalhadores e análise de questões organizacionais e sistêmicas, teriam permitido identificar as condições de trabalho e em que contexto se dava a atividade de trabalho.

Nos casos de amputação, muitas vezes a recomendação é de interdição das máquinas, até que se instalem barreiras eficazes de segurança.

Macro-determinantes/Controle dos Danos

Diante da alta incidência de acidentes, como no caso em questão, se houvesse notificação dos casos, caberia traçar um perfil epidemiológico dos acidentes, a fim de orientar as medidas preventivas. Sistemas informatizados e centralizados de dados, alimentados pelos instrumentos de notificação, permitem acompanhar os índices de acidentes, e desencadear ações objetivas de prevenção e promoção à saúde do trabalhador

Análise e divulgação dos dados contribuem para o aprendizado coletivo de proteção, prevenção de perigos e riscos e de promoção de saúde. Por ex., o trabalhador ao se acidentar, permaneceu com o braço preso na máquina. Uma medida de prevenção que deveria ser adotada, seria alterar o sistema de segurança da máquina, através de uma norma de segurança, a fim de criar dispositivos que no caso de acidente, o trabalhador possa se desvencilhar imediatamente da situação causada pelo acidente.

A reorientação das medidas regulatórias, embora sejam medidas mais difíceis, e a longo prazo, têm que ser pensadas. No caso apresentado, por ex., observa-se que depois de dez anos da presença da empresa no município, até 2010 ainda não havia serviço de urgência/emergência para atenção à saúde dos trabalhadores. O município não arrecada recursos fiscais para as melhorias da saúde da população, a empresa não investe em melhorias do seu maquinário. Quem ganha com essa política? Uma das exigências dessas “benesses” da isenção fiscal poderia ser a garantia de saúde e segurança dos trabalhadores! Que deveria estar no acordo da isenção.

Conclusões

A prática da vigilância é uma oportunidade de aprendizagem do modelo de atuação nas três dimensões apontadas por Paim (1994) (controle das causas, dos riscos e dos danos), e Firpo (1997) (fase histórica de tomada de decisão, fase operacional e fase das consequências).

A discussão de um caso permite ao aluno/residente fazer o exercício de explorar cada etapa/fase da análise do acidente: a situação que gerou o acidente (proteção da máquina, análise da atividade, etc), as origens macrodeterminantes do evento, e as consequências para os trabalhadores. Esses exercícios ajudam o aluno a conviver com o modelo de vigilância nas três dimensões, e uma vez entendido, pode ser aplicado em outras situações de acidente ou doença relacionados ao trabalho. (ALMEIDA, 2010).

No caso em questão, os tribunais da Bahia davam ganho de causa para a empresa, derrubavam interdições, e mantinham os trabalhadores em situações de risco. O Tribunal Superior do Trabalho – TST, decidia em sentido contrário, porém não atuava junto aos tribunais da Bahia para impedir as arbitrariedades judiciais locais, mantendo por onze anos as condições de acidentabilidade dentro da empresa.

Outra questão quanto à prática da VISAT, são as perspectivas da construção de aliados no âmbito de instituições do poder público e da sociedade civil, incluindo as associações de moradores e de sindicatos, no sentido de ampliar, e fazer valer as intervenções. Nesse caso apresentado, por exemplo, quase noventa jovens amputados e suas famílias, poderiam se organizar e constituir uma resistência às condutas da empresa em relação aos acidentados.

2.4 Impactos neoliberais na saúde (do trabalhador)

O neoliberalismo na sua forma mais ousada e virulenta, teve início na Inglaterra e surge com a ascensão de Margareth Thatcher como representante do governo inglês em 1979, diante dos sinais de esgotamento do movimento sindical, institucionalizado pelo *Labor Party* (Partido Trabalhista inglês), que não conseguiu viabilizar um projeto mais densamente social-democrático, como os existentes nos países do norte da Europa, ou assumir um perfil mais socialista à exemplo do que ocorria no sul da Europa (Itália e França). Os conservadores permaneceram no poder até 1997. (ANTUNES, 2009).

Profundas alterações ocorreram nos aspectos econômicos, sociais e nas estruturas jurídicas, com objetivo de fortalecer a liberdade de mercado, em busca de uma nova configuração capitalista.

A nova agenda contemplava:

- A privatização de praticamente tudo o que havia sido mantido sob controle estatal no período trabalhista;
- A redução e mesmo extinção do capital produtivo estatal;
- O desenvolvimento de uma legislação fortemente desregulamentadora das condições de trabalho e flexibilizadora dos direitos sociais;
- A aprovação, pelo Parlamento Conservador, de um conjunto de atos fortemente coibidores da atuação sindical, visando destruir desde a forte base fabril dos *shop stewards*¹⁶ até as formas mais estabelecidas do contratualismo entre capital, trabalho e Estado, expresso, por exemplo, nas negociações coletivas. (ANTUNES, 2009, p. 68).

O sindicalismo passa a ser o inimigo central do neoliberalismo com consequências diretas nas relações do Estado com a classe trabalhadora: foram excluídos das discussões sobre as políticas de desemprego e dos rumos da economia e do papel do Estado; foram retirados dos diversos órgãos econômicos locais e nacionais; fechamento dos órgãos tripartites que estabelecia o campo de intervenção estatal e que vigoravam desde a década de 1960.

O impacto do novo capitalismo inglês se sente no resultado:

- Menos industrializante e mais voltado para os serviços;
- Menos orientado para a produção e mais financeiro;
- Menos coletivista e mais individualizado;
- Mais desregulamentado e menos contratualista;

¹⁶ Representante sindical nas relações com a gestão.

- Mais flexibilizado e menos rígido nas relações capital e trabalho;
- Mais fundamentado no laissez-faire, no monetarismo, e totalmente contrário ao estatismo nacionalizante da fase trabalhista. (ANTUNES, 2009).

A adoção das políticas neoliberais como programa de governo, não ocorreu simultaneamente nem seguiu a mesma trajetória em todos os países. Apesar disso há evidências da ocorrência de “*ensaios neoliberais*” na maioria dos países da América Latina. (LAUREL, 1995).

Nos países latino-americanos, em especial no México e no Chile, durante a década de 1990 observou-se uma queda vertiginosa dos salários da classe trabalhadora, aumento do subemprego e desemprego, que marcaram um retrocesso social revelado pelo empobrecimento generalizado da população trabalhadora, e da incorporação de novos grupos sociais à condição de pobreza ou extrema pobreza.

No discurso oficial esses fatos foram justificados pela crise econômica dos países dos continentes. Para muitos analistas, as causas estavam na política neoliberal de “*ajustes e transformações estruturais,*” sustentada pela crescente polarização da sociedade, observada em todo mundo, entre pobres e ricos, cujo impacto foi modelado pela situação social anterior, e pelas características das instituições de bem-estar social.

O deslocamento das responsabilidades sociais do Estado aos investimentos privados e o aumento da produção dos serviços sociais como meio direto de acumulação, dependeram das ações estatais dirigidas a um mercado estável e garantido, e à resolução das contradições geradas pela imposição dos pressupostos neoliberais.

Cohn (1995), relata que na década de 1980

a experiência brasileira de mudanças econômicas de saúde se confronta aos demais países latino-americanos pelo fato de ser um país com traços continentais e pela privatização precoce da saúde, quando comparada ao que ocorreu no México e no Chile. É discutido ainda o papel do Estado quanto às políticas sociais, em particular à da saúde, no processo de ajuste econômico e do complexo convívio da ordem política democrática em sociedades com profundas e crescentes desigualdades.

O Relatório de Desenvolvimento Humano - RDH, elaborado pela ONU em 1990, mostrou que no Brasil os 20% mais ricos tinham condições de vida trinta e duas vezes superiores às dos 20% mais pobres. No nordeste a percentagem de analfabetismo era 33% maior que na região sul/sudeste e a renda per capita era 40% inferior.

A assistência médica individual era manchete cotidiana dos jornais: hospitais públicos superlotados, sem equipamentos, com deficit de profissionais, hospitais privados

recusando pacientes de baixo poder aquisitivo oriundos da seguridade social, devido a mal remuneração dos serviços prestados ao Estado, além dos atrasos significativos no repasse das verbas, com uma inflação mensal de 40% e os seguros privados de saúde (pessoas jurídicas e pessoas físicas), abrangendo cerca de trinta e cinco milhões de pessoas – altamente seletivo quanto à clientela e às enfermidades que cobriam. (COHN, 1995).

No plano político, na década de 1990, as raízes do pensamento neoliberal levam à desindustrialização precoce, ao desemprego em massa e ao aumento do trabalho informal, que, associado ao enfraquecimento do movimento sindical, perde a capacidade de renovação do pensamento e da ação, essenciais para apreender a nova realidade do processo produtivo em desenvolvimento no país, e formular lutas de resistência contra-hegemônica. (SANTOS, U.P. in MAENO, M; CARMO, J. C., 2005).

Como resultado das diversas crises do capital, o final do séc. XX e o início do séc. XXI, a Saúde do Trabalhador apresentava o seguinte cenário: a construção da hegemonia “Anti-SUS”, (CAPISTRANO, 1999; SANTOS, 2015); intensificação e precarização do trabalho (ANTUNES, 2015); aumento do número de agravos à saúde do trabalhador, seja por doenças ocupacionais ou acidentes de trabalho (CORREA, H. 2013); perda dos direitos trabalhistas e previdenciários dos trabalhadores.

Podemos também destacar os acidentes de grandes proporções/acidentes ampliados, que trazem à público a ineficiência dos sistemas de segurança implantados nas empresas, com vítimas fatais, sérios prejuízos aos trabalhadores, ao meio ambiente e à população em geral.

Desde 2015, se assiste a implantação de uma “agenda radicalmente neoliberal”, segundo estudo recente realizado por Krein e Colombi (2019).

[...] o sentimento de insatisfação das classes médias e trabalhadoras vem sendo somadas a um discurso reacionário de corte autoritário que combina a intensificação de políticas neoliberais com o desejo de restaurar a ordem moral mais tradicional e a segurança nacional. (KREIN; COLOMBI, 2019, p.2).

Estão ameaçadas, nessa conjuntura, a democracia, conjunto de alterações legislativas de corte antipopular, colocando o Estado “como guardião do mercado concorrencial em detrimento do papel compensatório, e redutos de riscos sociais que lhe fora atribuído na Constituição de 1988”.

Os autores aprofundam a análise com base na reforma trabalhista que ocorreu em 2016, ainda no governo Temer, e concluída no governo atual, mostrando o seguinte “tripé de desconstrução de direitos” que citaremos a seguir, por afetar diretamente os trabalhadores,

mas não aprofundaremos para não fugir dos propósitos deste estudo: flexibilidade das modalidades de contratação da jornada de trabalho e da remuneração; fragilização das instituições públicas e da organização sindical; individualização dos riscos. (KREIN; COLOMBI, 2019, p.5).

Tais medidas tornam o cenário, desprovido de qualquer possibilidade de “desenvolvimento de projetos baseados na justiça social”, e pode ser interpretado como a perversidade do capitalismo em países periféricos como o Brasil.

2.5 Educação e Saúde

2.5.1 Aspectos gerais e históricos da educação

Educar, no senso comum, é entendido como preparar para a vida. Mas a pergunta é: para que vida?

É necessário aprofundarmos esta questão para além do senso comum, a fim de entendermos a importância da educação, numa sociedade de classes.

O recorte histórico que faremos para a compreensão da importância da educação, se dá no período do desenvolvimento do capitalismo industrial, caracterizado pelo crescimento da produção, êxodo rural e concentração de novas populações urbanas, ocorrido inicialmente na Europa do séc. XIX.

Muitos conceitos que deram início às transformações das escolas no final do séc. XIX, foram inspirados na escola americana, e depois na escola alemã da época, consideradas “*mais flexíveis, facilmente adaptáveis a todas as necessidades da vida.*”

Com o crescimento da indústria, a educação politécnica começou a ter uma grande demanda para ampliar a formação técnica dos operários, e a escola de ensino da época, não se mostrou efetiva para esses objetivos. (KRUPSKAYA, 2017).

O sucesso das escolas americanas no domínio do trabalho industrial, forçou na Europa a transformação das escolas públicas de ensino, em escolas do trabalho.

Na Alemanha, o país europeu com maior desenvolvimento industrial na época, um discurso do médico Ernst Heinrich Weber, considerado o fundador da psicologia experimental, em um Congresso para professores em 1912, trouxe a seguinte discussão:

O mercado mundial exigiu dos alemães a recusa da fórmula “barato e ruim”. Os novos tempos demandavam um trabalho executado não de acordo com um padrão, mas produtos que não podiam ser facilmente replicados sem trabalho específico de algum trabalhador alemão; exigiam originalidade, produtos de alta qualidade. A

pedagogia tirou disso uma conclusão: se no futuro o estudante deverá criar algo peculiar, sua personalidade, especialmente sua vontade e suas aspirações não devem ser sistematicamente reprimidas. A personalidade criou seu lugar.

Os avanços sobre o conhecimento do desenvolvimento humano, permitiram entender que o estudante é um ser imitativo, perceptivo, mas que não pode ser saturado com aquilo que não fosse intelectualmente interessante para ele. Era preciso estimular a criatividade, e não só passar a informação, “*a verdadeira independência decorre do caráter fundamental da natureza humana, da vontade livre.*” Em outras palavras, surge a consciência da correlação entre liberdade e coerção.

Aquilo que a criança fazia sob influência do impulso, por causa de uma aspiração natural, não devia mais ser reprimido, ao contrário, deveria ser cultivado. Proteção dos direitos naturais da criança! – este era o slogan. Era preciso guiar não por aquilo que o professor queria que a criança desejasse, mas pela aspiração da criança de acordo com seu próprio desejo, sua motivação interna. (KRUPSKAYA, 2017, p.46).

A psicologia infantil descobriu que a vida psíquica da criança, em seus aspectos característicos, não coincide de maneira alguma, com a vida psíquica de um adulto.

Assim, as novas exigências da vida industrial, romperam todas as bases da antiga escola de ensino na Europa.

Em sua essência a pedagogia experimental fazia parte das ciências exatas, como a química, física e outras, e apesar de uma ciência praticamente nova, abriu perspectivas importantes na época, como por exemplo, a oportunidade de estudar o efeito de várias condições, no desenvolvimento das habilidades mentais. Pesquisou, por exemplo, o impacto da fadiga na atenção, na memória, no desejo, a influência do interesse em um objeto na capacidade de se concentrar, de lembrar, de se esforçar.

O filósofo e pedagogo americano John Dewey, fundamentou cientificamente os princípios que organizaram a escola americana:

A personalidade da criança é uma soma de determinadas forças enraizadas no organismo, predisposições, que são a razão dos impulsos que podem ser direcionados de uma determinada forma, colocadas em um caminho, mas não podem ser reprimidos. O interesse da criança por um ou outro assunto ou atividade, indica que esse objeto ou atividade possui em si algo que atrai a criança para ele, que satisfaz determinadas necessidades do seu organismo em desenvolvimento. [...] ela se envolve por completo no que faz quando está satisfeita, a sua atividade se desenvolve, [...] o corpo se esforça sem coerção externa. Como resultado, a atividade com aquela matéria que interessa, provoca desenvolvimento das forças mentais da criança. Estudando a personalidade da criança, seus interesses, o educador pode, alimentando esses interesses, desenvolvê-los, aprofundá-los, transformando-os. A tentativa de reprimir a personalidade do estudante, obrigando-o a fazer aquilo que para ele não desperta interesse interior, conduz a uma dispersão da

atenção, à fadiga, a uma redução da atividade do organismo, ao enfraquecimento da vontade.

Além disso, a aplicação prática dos princípios, sem os quais é impossível o desenvolvimento livre da personalidade do estudante, concretiza-se mais ou menos plenamente só com um regime democrático. (KRUPSKAYA, 2017, p.51).

Surge, então, na Alemanha, a escola com caráter de classe, uma escola popular frequentada pelos filhos das classes trabalhadoras e uma escola média que é destinada para crianças das camadas ricas, e que perseguem outros objetivos – a preparação da camada dos comandantes. Enquanto a escola pública, em geral, é construída nos princípios do “*adestramento e estudos*”, a escola média assimila os princípios da escola americana.

Em toda Europa criam-se escolas para os filhos das classes ricas, que são preparados para as carreiras nas quais são necessárias atitudes de independência e iniciativa.

Outro programa de escola, a “*escola nova*”, fundada em 1889, inicialmente na Inglaterra e depois se reproduziu na França, Alemanha, Suíça, Áustria e Liga Hanseática (organização corporativa de comerciantes das cidades do norte da Alemanha e do Mar Báltico, Países Baixos, Suécia, Polônia e Rússia), assimilou os princípios da escola nova, mas tinha como filosofia, um ambiente mais informal e menos rígido, ensinava o inglês e francês no lugar das línguas clássicas, tinha as artes como temas centrais e também incluía habilidades práticas, como criação de animais e carpintaria. Na Alemanha foram chamadas de “*internatos educacionais rurais*”, e eram destinadas à preparação para todos os tipos de profissão.

O reitor de uma das “*escola nova*” expõe para quem se destinam essas escolas:

Não existe nenhuma escola média mais adequada para os filhos e herdeiros de líderes da indústria (“*captains of industry*”) para lhes dar a formação necessária, [...] Para os futuros proprietários de postos de liderança, a nossa escola do trabalho é a mais apropriada. Em seguida apontaremos para o fato de que o mais recente desenvolvimento criou, nos últimos anos, uma série de profissões que também são plenamente adequadas aos filhos das classes educadas.

As escolas novas constituíram-se em internatos, ao custo de 1.500 a 2.000 francos por ano, localizadas longe do barulho da cidade, na natureza, ao ar livre, em alguma propriedade. Ambiente confortável, eletricidade, salas separadas para cada estudante, salas de leitura etc. Os livros dedicados à divulgação das escolas, eram cheios de fotografias que mostravam tudo organizado de modo rico, racional e confortável.

Atenção especial era dada à educação física, esportes, comida saudável, roupas adequadas, sono tranquilo, tudo útil para o desenvolvimento físico. As crianças respiravam saúde. No tocante ao desenvolvimento mental, era dado uma atenção especial: não se decora

conteúdos inúteis, amplo espaço para auto-organização dos estudantes e o interesse e a satisfação das suas necessidades, são colocados no centro do ensino. O disciplinamento extenso e a coerção são reduzidos ao mínimo, favorecendo o desenvolvimento multilateral de sua personalidade.

O objetivo das “escolas novas” era atender às necessidades do Estado, com camadas de funcionários administrativos superiores com iniciativa, inteligência e formação; *“atender às necessidades da burguesia, por gestores capacitados nas empresas industriais. A necessidade de tal camada de elite, é posta pelo rápido desenvolvimento do imperialismo.”*

Críticas ao modelo da escola nova, segundo Krupskaya (2017):

- Frequentemente mais liberal do que a atmosfera de uma família burguesa, isola o estudante da vida real, restringe a esfera das impressões sociais e de vivências;
- Trabalho físico mais relacionado com atividade lúdica e esportiva, pois os estudantes estão sendo preparados para profissões intelectuais superiores;
- Para alguns intelectuais (Pestalozzi, Owen, Bellers, Lavoisier), as crianças dessa tenra idade, precisavam participar do trabalho produtivo, pois daria consciência da sua utilidade. Constrói uma relação séria perante a vida;
- A ciência livresca isola os estudantes da vida, das amplas camadas de operários, os torna alheios às massas;
- As escolas novas, em sua grande parte, são organizadas de forma racional, mas pelos seus objetivos e espírito, são escolas que atendem às necessidades específicas de alguns setores da burguesia. A democracia operária vai aproveitar sua experiência pedagógica, mas vai construir suas próprias escolas de uma forma diferente.

Krupskaya (2017), foi uma forte liderança do grupo que formulou as concepções e práticas para as mudanças educacionais no período inicial da revolução russa, e que orientou a política educacional do então Comissariado do Povo para a Educação, no período de 1917 a 1929 nesse país.

A democracia operária percebe que:

...enquanto a organização da questão escolar estiver nas mãos da burguesia, a escola do trabalho será um instrumento dirigido contra os interesses da classe operária. Apenas a classe operária pode fazer da escola do trabalho um instrumento de transformação da sociedade moderna.

A partir de um programa mínimo, foram adicionadas as seguintes questões para revisão do partido operário:

- Escola plenamente secular com separação da igreja. Escola única e do trabalho;
- Educação gratuita, geral, obrigatória e politécnica (que familiariza tanto na teoria como na prática com todos os principais ramos da produção), para todas as crianças de ambos os sexos, com menos de dezesseis anos de idade; uma estreita ligação do ensino com trabalho socialmente produtivo das crianças;
- Fornecimento por conta do Estado de comida, roupas e material escolar para todos os estudantes;
- Fim da separação das crianças pobres e ricas dentro da escola;
- Transferência dos assuntos relativos à educação pública, para as mãos das instituições democráticas de autogoverno local; a eliminação do poder central de qualquer interferência administrativa no estabelecimento de programas escolares e na seleção de pessoal docente; seleção dos professores diretamente pela própria população e direito da população de retirar os professores indesejáveis;
- Proibição do trabalho assalariado de crianças menores de dezesseis anos.

Em outubro de 1917, quando os operários tomaram o poder, foi conquistada a possibilidade de educar a juventude e eliminar a divisão da sociedade em classes. O primeiro ato proclamado, foi a declaração do sistema único de educação, com preparação sólida para a vida e para o trabalho.

Como escola única entendia-se um sistema de escolas regulares, do jardim da infância até a universidade, constituindo em si uma única escola, uma escada contínua. Isto significa que todas as crianças devem entrar em um e mesmo tipo de escola, e começar sua educação igualmente. Todas tem o direito de alcançar os níveis mais altos da escada.

O Estado precisa de especialistas. A própria juventude tem inclinações e talentos claramente diferentes. A partir dos quatorze anos, aceita-se a divisão em alguns caminhos ou agrupamentos, mas muitas matérias básicas permanecem unificadoras da formação de todos os estudantes e de forma alguma deve ter um caráter isolado.

A escola do trabalho passou a ter um caráter politécnico, mas não no sentido da criança aprender um ofício. Ela oferecia um panorama da economia do país, familiarizava os estudantes com a indústria agrícola, com a mineração, com a manufatura e seus principais ramos de processamento de metal, têxtil, químico. Isso se dava através de livros didáticos, ilustrações, cinema, visitas a museus, exposições, fábricas, usinas e por meio de participação na produção. Somente trabalhando com o material, o jovem o estuda em todos os seus aspectos. No processo de trabalho o estudante aprende melhor sobre física, química e as leis da mecânica.

Aprende a observar, verificar suas observações por meios de experiências, aprende a usar o livro como ferramenta de trabalho, a usar os dados científicos para o trabalho diário. Assim, o adolescente aprende a lidar com materiais, e enxergará claramente os problemas que surgem no processo de produção.

A escola politécnica deve educar um estudante e um participante ativo da produção. Ela não fornece um especialista pronto, mas dá a possibilidade aos estudantes de aprender rapidamente e por completo uma profissão escolhida, fornecendo uma perspectiva para a construção de uma nova vida. Desenvolve o trabalho coletivo e, o mais importante, desenvolve a capacidade de organizar-se para o trabalho. Uma excelente organização racional do trabalho, no interesse de todo o coletivo.

Os estudantes são educados nas habilidades de organização, o que significa que o ensino do trabalho deve acontecer naquelas condições de ampla liberdade, para a iniciativa organizacional dos operários. Diferentes tipos de jogos contribuem para o desenvolvimento das habilidades organizacionais.

A escola politécnica atendeu aos requisitos de uma democracia plena: ela é única para todos, atende as exigências do desenvolvimento econômico contribuindo para melhor preparação das forças produtivas criativas vivas. (KRUPSKAYA, 2017).

Para Pistrak, a articulação entre trabalho e educação, é condição fundamental para os processos de formação humana. A relação entre a teoria e a prática são pressupostos entendidos como pilares para a formação do homem integral. Assim, o que se coloca é a importância da práxis humana, como elemento formativo. (LUCENA et al., 2011, p.277).

No Brasil essa proposta de educação ficou encoberta até a década de 1980, quando foi reintroduzida no debate pedagógico, a partir dos estudos das concepções de Marx e de Antonio Gramsci. (BEMVINDO, 2018).

Marx, no Manifesto Comunista, afirma que:

[...] é necessário a ligação estreita do ensino com o trabalho socialmente produtivo das crianças para destruir o caráter de classe da escola moderna. A separação das escolas em média e profissional é uma expressão do caráter de classe da escola moderna, que cria dois tipos de educação, um – a escola média – para o “osso branco¹⁷”, e o outro – a profissional – para o “osso preto”. Eis porque a exigência de ensino profissional é absolutamente inaceitável para a social democracia. (KRUPSKAYA, 2017).

Del Roio (2018), ao analisar Gramsci, afirma que suas observações sobre a subalternidade são muito importantes para entender os processos de dominação ou de adestramento da subjetividade por meio da educação, principalmente para o Brasil, onde a educação é permanentemente repressiva a ponto de ser naturalizada na família e na escola, se tornando evidente “*nos momentos de reação conservadora como o que se vive nesse início de século XXI.*”

Gramsci vislumbrava que a saída revolucionária passava pela formação política das massas, que deveriam tomar em suas mãos seu processo de educação.

Para Mészáros (2008):

[...] as tarefas dos educadores que não querem apenas reformar o sistema do capital, mas ir para além dele, as soluções não podem ser apenas formais, elas devem ser essenciais. Trata-se de construir um pensamento educacional contra-hegemônico antagônico combatendo a internalização e a consciência de subordinação dos valores mercantis, mediante uma teoria e uma práxis educativa emancipadora. Isso se torna possível porque o sistema do capital não é eterno e expressa contradições insanáveis. Um sistema que perdeu sua parca capacidade civilizatória e agora para manter-se, torna-se cada vez mais destrutivo de direitos, da vida de milhões de seres humanos e da natureza.

Um brasileiro ousou ir além do capital: Paulo Freire. Mas, pagou essa ousadia com sua liberdade. No final da década de 1950 até um pouco antes do golpe militar de 1964, desenvolvia um programa nacional de alfabetização que seria implantado por João Goulart, inspirado em um projeto desenvolvido no Rio Grande do Norte, com cerca de quatrocentos jovens e adultos.

O método partia de palavras selecionadas entre as questões existenciais dos alunos, fazendo com que se alfabetizassem dialogando acerca de suas condições de vida, trabalho, saúde, educação e lazer. Unia, portanto, educação com cultura, ao tomar as experiências dos alunos e seus conhecimentos como parte integrante do ato de educar. Ganhou notoriedade internacional por formar cidadãos mais conscientes de seus direitos, e dispostos a defendê-los de maneira democrática. (HADDAD, 2019).

¹⁷ “Osso branco” e “osso preto” referem-se a expressões equivalentes a “nobres” e “plebeus”.

Após o golpe de 1964, permaneceu exilado por quinze anos. Regressou ao Brasil em 1980, reconhecido como um dos mais importantes educadores do mundo. Nos últimos dez anos do seu exílio trabalhando no Conselho Mundial de Igrejas em Genebra, totalizaria cerca de 150 viagens a mais de 30 países.

De volta ao Brasil, começou a dar aulas na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC/SP e na UNICAMP. Em 1988 foi secretário municipal da Educação no governo da Prefeita Luiza Erundina/SP, mas não resistiu às pressões das quais foi alvo. Não completou sua gestão.

Em seu percurso como educador, não se ateve a uma corrente de pensamento, tendo sido criticado por isso. Dentre as várias teorias, escolhia aquelas que melhor expressavam o seu compromisso ético de cristão ao lado dos oprimidos. Dizia: *“Minhas reuniões com Marx nunca me sugeriram que parasse de ter reuniões com Cristo.”*

Foi criticado também pelos progressistas *“por ser idealista, por sua linguagem nos primeiros trabalhos com ênfase no masculino, por ser contra o aborto, por desconsiderar os conteúdos nos processos educativos, pela insuficiência do seu método.”*

Em uma entrevista à Folha de São Paulo em 1994, comentou as razões de seu método não ter erradicado o analfabetismo no Brasil:

Em tese, o analfabetismo poderia ter sido erradicado com ou sem Paulo Freire. O que faltou foi decisão política. A sociedade brasileira é profundamente autoritária e elitista. [...] O discurso da classe dominante mudou, mas ela continua não concordando, de jeito nenhum, que as massas populares se tornem lúcidas. (HADDAD, 2019).

Paulo Freire quando indagado, criticava os abusos do regime comunista. Afirmava que a queda do comunismo no Leste Europeu foi necessária, não contra o socialismo, *“mas de sua moldura autoritária, reacionária, discricionária, stalinista.”*

Após vinte e dois anos da sua morte, Paulo Freire voltou a ser alvo de ataques pelas redes sociais, pela onda conservadora que domina o Brasil, desde o golpe de 2016.

Em seu último livro inacabado, *“Pedagogia da Indignação”*, comentou o caso do índio pataxó assassinado por cinco jovens em Brasília: *“tocaram fogo no corpo do índio como quem queima uma nulidade.”* Uma análise sobre os culpados questionou: *“que exemplos, testemunhos e ética os levariam a essa estranha brincadeira de matar gente.”*

Antes de Freire, nas décadas de 1950/60 pós guerra, estudiosos começaram a refletir sobre o papel da educação diante da necessidade urgente de ativar a capacidade individual de resistência ao totalitarismo e fascismo. Dois pensadores em especial se

preocuparam com esse tema, Hannah Arendt que escreveu sobre a crise da autoridade, da educação e da cultura; e Theodor Adorno que pesquisou a relação entre educação e emancipação, e ao papel da educação como elemento formador e gerador da capacidade de resistência à barbarie. (BUENO, 2013).

Segundo esses autores, a personalidade autoritária ou síndrome autoritária não são inatas aos sujeitos, mas adquiridas durante seu processo de socialização, sendo assim, psicossociais. Por outro lado, não são inativas e atuam na formação e sustentação das representações psicológicas, e no comportamento etnocêntrico do sujeito. Uma vez formada, a síndrome autoritária funciona como uma estrutura da personalidade, mais ou menos permanente, que atua no modo do sujeito selecionar os estímulos ideológicos, que o clima cultural de sua época propicia, assim como nas suas opções e comportamento político. Além disso, essa mesma estrutura pode apresentar variações tipológicas, de acordo com a prevalência de uma ou mais características, na dinâmica psicológica do sujeito preconceituoso: há vários tipos de sujeitos autoritários. (CARONE, 2012).

Dentro dos campos das disputas por novas hegemonias na educação no Brasil, emergem experiências pedagógicas que se recusam a ser utilitárias aos interesses do capital, como por exemplo as experiências educacionais do Movimento dos Trabalhadores Sem Terra – MST, e as do Núcleo Interdisciplinar para o Desenvolvimento Social – NIDES, que deu apoio ao Projeto do Instituto Politécnico da Universidade Federal do Rio de Janeiro em Cabo Frio (RJ), entre 2008 e 2016. São experiências de contraescolas. (BEMVINDO, 2018).

2.5.1.1 O Ensino Universitário

Masetto (2015), ao enfatizar os aspectos históricos do professor universitário no Brasil, discute quem eles eram até a década de 1970: pessoas formadas pelas universidades europeias, que se tornaram conhecidas e com sucesso em suas atividades profissionais, convidadas a ensinar aos alunos que teriam que ser tão bons profissionais, como elas. Exigia-se do candidato a professor de ensino superior o bacharelado e o exercício competente de sua profissão. “Quem sabe, automaticamente sabe ensinar.” O “ensinar” se resumia a aulas expositivas e palestras.

O aluno era avaliado, em geral, pela capacidade de repetir em provas, o que o professor havia ensinado em aula. Ir mal nas provas significava que o aluno não tinha estudado ou havia faltado.

Segundo o autor, mais recentemente a docência no ensino superior significa profissionalismo como qualquer outra profissão. Exige competências específicas que não se restringem a “diploma de bacharel, de mestre ou de doutor. Em vez da pergunta: o que devo ensinar aos meus alunos? Deve-se perguntar: o que meus alunos precisam aprender para se tornarem cidadãos (seres humanos e sociais), profissionais competentes numa sociedade contemporânea?”

Faculdades e universidades são locais de encontro e convivência entre educadores e educandos, que se reúnem para o “desenvolvimento dos aprendizes nas diferentes áreas do conhecimento, no aspecto afetivo-emocional, nas habilidades e nas atitudes e valores, marcados pela prática pedagógica intencional.” São locais de experiências – fazer ciência, sofrendo interferências da complexa realidade exterior, que se estende de situações político-econômica-social da população, às políticas governamentais, passando pelas perspectivas políticas e ideológicas dos grupos que nela atuam.

Chauí (2003), define a Universidade Pública como uma instituição social “de cunho republicano e democrático”, determinada pela presença ou ausência dessas práticas pelo Estado. Relaciona-se com a sociedade e com Estado de forma conflituosa, permitindo dividir-se entre os que “são favoráveis e os que são contrários à maneira como a sociedade de classes e o Estado reforçam a divisão e a exclusão sociais, impedem a concretização republicana da instituição universitária e suas possibilidades democráticas.”

A reforma do Estado que ocorreu a partir dos anos 1990, tornou os setores da educação, saúde e cultura como setores de serviços não exclusivos do Estado, o que tem levado as universidades públicas a perder seu caráter de instituição social, para se transformar em uma organização social. Enquanto a instituição social pretende a universalidade, a organização defende suas particularidades, alimentando a competição com outras organizações que tem as mesmas particularidades.

Regida por contratos de gestão, avaliada por índices de produtividade, calculada para ser flexível, a universidade operacional está estruturada por estratégias e programas de eficácia organizacional e, portanto, pela particularidade e instabilidade dos meios e dos objetivos. Definida e estruturada por normas e padrões inteiramente alheios ao conhecimento e à formação intelectual, está pulverizada em microorganizações que ocupam seus docentes e curvam seus estudantes a exigências exteriores ao trabalho intelectual. A heteronomia da universidade autônoma é visível a olho nu: o aumento insano de horas/aula, a diminuição do tempo para mestrados e doutorados, a avaliação pela quantidade de publicações, colóquios e congressos, a multiplicação de comissões e relatórios etc. (CHAUI, 2003, p. 7).

Nesse contexto, a docência é exercida com superficialidade, em uma transmissão rápida de conhecimentos, através de manuais de fácil leitura para os alunos, e onde o

recrutamento de professores não considera se dominam ou não o campo de conhecimento da sua disciplina.

Ferreira (2010), ao analisar as especificidades da docência no ensino superior, coloca que não existe uma formação específica para essa docência. Assim, os saberes pedagógicos são uma lacuna na prática docente, trazendo muitos desafios: como motivar os alunos? Como ensinar diante de tanta disponibilidade do conhecimento em diferentes mídias? Como produzir conhecimento com um número elevado de alunos? Como aliar ensino e pesquisa e como avaliar?

Para que o professor não caia nas armadilhas da burocratização pedagógica, é necessário um conhecimento pedagógico geral, como, por exemplo, planejamento do conteúdo, organização do tempo, material, espaço de aprendizagem e do grupo. Inclui, ainda, um conhecimento sobre Desenvolvimento Humano, História e Filosofia, e sobre os principais aspectos das leis educacionais. Esses conhecimentos gerais são o mínimo para qualquer docente, independente do nível em que atue. (FERREIRA, 2010, p. 91).

Longe desse ideal, a universidade operacional dos dias atuais, recorta a realidade e torna a pesquisa uma intervenção imediata e eficaz. (CHAUI, 2003).

Ao se referir à “sociedade do conhecimento”, Chaui (2003), destaca:

Ao se tornarem forças produtivas, o conhecimento e a informação passaram a compor o próprio capital, que passa a depender disso para sua acumulação e reprodução. Na medida em que, na forma atual do capitalismo, a hegemonia econômica pertence ao capital financeiro e não ao capital produtivo, a informação prevalece sobre o próprio conhecimento, uma vez que o capital financeiro opera com riquezas puramente virtuais, cuja existência se reduz à própria informação. Entre outros efeitos, essa situação produz um efeito bastante preciso: o poder econômico baseia-se na posse de informações e, portanto, essas tornam-se secretas e constituem um campo de competição econômica e militar sem precedentes, ao mesmo tempo em que, necessariamente, bloqueiam poderes democráticos, os quais se baseiam no direito à informação, tanto o direito de obtê-las como o de produzi-las e fazê-las circular socialmente. Em outras palavras, a assim chamada sociedade do conhecimento, do ponto de vista da informação, é regida pela lógica do mercado (sobretudo o financeiro), de sorte que ela não é propícia nem favorável à ação política da sociedade civil e ao desenvolvimento efetivo de informações e conhecimentos necessários à vida social e cultural. (CHAUI, 2003, p. 8 e 9).

Esse modelo organizacional baseado na produção do conhecimento tem refletido de forma perversa nas ciências da saúde, em especial na Medicina e na formação médica, agravado pela crise contemporânea da Medicina. Apesar de todos os avanços tecnológicos e o aumento da capacidade de intervenção na saúde dos indivíduos, temos hoje uma prática médica desumanizada, a fragmentação da atenção à saúde e a desigualdade ao acesso às tecnologias e aos serviços de saúde.

2.5.1.2 Educação Superior em Saúde

No Brasil as propostas de mudanças na educação em saúde para uma concepção vinculada aos princípios da integralidade, universalidade e equidade na saúde, surgem nas décadas de 1960 e 1970, junto com o movimento da Medicina Integral e Comunitária, se consolida com a redemocratização do Brasil e a institucionalização do Sistema Único de Saúde – SUS na década de 1980. (GODOY, 2018).

Ao assumir o papel de regulador na formação dos profissionais da saúde, o Ministério da Saúde em parceria com o Ministério da Educação, passam a reestruturar o ensino da saúde no país. As escolas médicas se veem obrigadas a se integrar ao novo paradigma. Entre as mudanças propostas, estão a inserção do aluno na atenção primária à saúde nos primeiros anos da graduação, e as metodologias de ensino-aprendizagem. (GODOY, 2018).

Em 1986 a VIII Conferência Nacional de Saúde, a primeira que contou com a participação popular, contribuiu para a integração da universidade e o SUS, através da adoção da capacitação e reciclagem permanente de recursos humanos e formação de profissionais de saúde, integrada ao sistema regionalizado e hierarquizado de atenção à saúde. (GIGANTE et al., 2016; BRAVO et al., 2014).

A responsabilidade da gestão do SUS com a formação e o desenvolvimento de recursos humanos em saúde, está formalizada na Constituição Federal de 1988, no artigo 200, o qual prevê também, incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico.

O artigo 200, ao ser regulamentado pela Lei 8080, ao dispor sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços, explicita a ação educacional como atribuição dos órgãos de gestão do SUS, abrangendo os seguintes aspectos:

- Formulação e execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde, incluindo formação e execução de programas que envolvam tanto a certificação/habilitação profissional quanto a educação continuada;
- Realização de pesquisas e de estudos na área de saúde, com produção de conhecimentos científico e tecnológico, informações e atualização técnico-profissional;

- Disponibilidade dos serviços de saúde como campos para o ensino e pesquisa, portanto, locais de ensino-aprendizagem que expressem a indissociabilidade dos papéis de gestão e formação no âmbito direto do SUS. (Constituição Federal,1988)

A proposta da reforma curricular das escolas médicas surge na discussão da implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais – DCN, impulsionada pela Associação Brasileira de Educação Médica – ABEM. A criação da Comissão Interinstitucional de Avaliação das Escolas Médicas – CINAEM, na década de 90, reuniu onze entidades médicas para desenvolver projeto de identificação de processos de avaliação transformadora e a construção coletiva de uma proposta de transformação para as escolas médicas brasileiras. (STELLA; ROSSETTO, 2010).

Em 1999, um documento da CINAEM “As diretrizes curriculares e o projeto da CINAEM” aponta dois pontos “*imprescindíveis*” à formação médica:

[...] o domínio da clínica, suas bases científicas e tecnológicas, aliado a outro conjunto de conhecimento, as humanidades. Sem perder o avanço considerável representado pelo modelo flexneriano, recuperar a face humana da medicina. (STELLA; ROSSETTO, 2010, p. 25).

Esse projeto foi criticado pela sua “*concepção linear, pouco ousada* [...]”(STELLA; ROSSETTO, 2010, p. 25).

Em 2001, o parecer nº 1.113 do CNE/CES (Conselho Nacional de Educação) define as DCNs, para várias profissões de saúde, para adequar a formação às realidades locais e regionais aos avanços tecnológicos, às necessidades epidemiológicas e às demandas quantitativas e qualitativas do SUS, valorizando a formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Afirmava a importância do conceito de saúde coletiva, e os princípios e diretrizes do SUS na formação.

Destacam-se duas iniciativas que geraram mudanças curriculares e programas de apoio à qualificação da formação:

- Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde, para incentivar transformações do processo de formação, geração de conhecimentos e prestação de serviços à comunidade, numa abordagem integral do processo saúde-doença;
- Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde, que teve como pressuposto a educação por meio do trabalho, caracterizando-se como

instrumento para qualificação em serviço dos profissionais da área, bem como de iniciação ao trabalho, tendo como perspectiva a inserção das necessidades dos serviços como fonte de produção de conhecimento e pesquisa nas instituições de ensino. (GIGANTE; CAMPOS, 2008).

O Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nas Escolas de Medicina – PROMED, formula uma proposta concomitante dos ministérios da Saúde e Educação “para adequar a formação profissional às necessidades do SUS.”

Após diversos debates durante os anos de 2001 e 2002, inclusive em audiências públicas nos Conselhos Nacionais de Saúde e Educação, o MS, Opas e MEC, em parceria com a Abem e a Rede Unida, elaboraram o Promed, uma cooperação técnica patrocinada pelo Ministério da Saúde para as escolas de graduação em medicina que se dispuseram a adotar processos de mudança nos currículos de seus cursos, com enfoque nas necessidades de saúde da população e do SUS. O Termo de Referência do Programa, cujo lema era “uma nova escola médica para um novo sistema de saúde”, explicita três eixos para o desenvolvimento das mudanças: orientação teórica, abordagem pedagógica e cenários de prática. (OLIVEIRA et al., 2008).

Em 2003 a XII Conferência Nacional de Saúde traz orientações para a formulação do Plano Nacional de Saúde, com a participação popular. A gestão da educação vinculou-se à necessidade de mudança no modelo de atenção à saúde, enfatizando a interdependência entre a qualidade da assistência prestada e a adesão e qualidade do trabalho do profissional da saúde, esses por sua vez dependentes das condições de trabalho e da capacitação para seu exercício. As recomendações focaram os aspectos a seguir:

- Regularização dos vínculos e desprecarização do trabalho em saúde;
- Atenção à saúde do trabalhador da saúde e suas relações de trabalho;
- Formação dos profissionais de saúde;
- Gestão da educação em saúde, educação permanente e educação em serviço.

A fim de operacionalizar as propostas acatadas da XII Conferência Nacional de Saúde, foram criadas no Ministério da Saúde a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde e o Departamento de Gestão da Educação na Saúde, com o objetivo de dar ao Ministério da Saúde a atribuição de “*gestor federal do Sistema Único de Saúde no que se refere à ordenação da formação de pessoal para o setor e à educação permanente do pessoal inserido no SUS.*” (BRAVO et al., 2014).

Em 2004 foi instituído pelo Ministério da Saúde, através da portaria nº 198 GM/MS a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, como estratégia do SUS, para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores do setor. A política deveria ser efetivada pela criação dos polos de educação permanente, instância interinstitucional e loco regional com a função de identificar as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores do setor saúde, além de constituir estratégias e processos que qualificassem a atenção e a gestão, e fortalecessem o controle social.

Apesar das ações bem sucedidas de alguns polos de educação permanente, muitas dificuldades foram registradas em relação à estrutura e funcionamento dessa política, pois a capilarização foi desigual nas diversas regiões do país. Houve muitas barreiras para a pactuação entre instituições formadoras, gestores e serviços. (GIGANTE; CAMPOS, 2016).

Diante das dificuldades enfrentadas, em 2007 o Ministério da Saúde publicou a portaria nº 1.996 que definiu novas diretrizes e estratégias para a implantação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, adequando-as ao Pacto pela Saúde. A condução regional se daria por meio dos Colegiados de Gestão Regional – CGRs, com apoio das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço – CIESs.

As CIESs são instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes que participam da formulação, da condução e do desenvolvimento da Política de Educação em Saúde. Reforça o conceito de educação permanente como prática educativa, sustentada no trabalho e no conhecimento prévio dos trabalhadores, na problematização da realidade, na aprendizagem significativa e na transformação da prática. Essas estratégias são construídas de forma pactuada, com envolvimento dos atores do setor saúde (gestores, trabalhadores e usuários), como da educação (gestores, instituições de ensino, estudantes de cursos da área da saúde).

A DCN de 2014 na área médica

As DCNs desde sua criação, tem tido papel relevante quanto às propostas de formação e nos encaminhamentos educacionais das escolas médicas, contribuindo para uma resignificação da atuação dos profissionais no contexto real do SUS.

A DCN de 2014, Resolução CNE/CES 3/2014, no seu artigo 3º e 4º diz:

Art. 3º- O graduado em Medicina terá formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como

transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença.

Art. 4º - Dada a necessária articulação entre conhecimentos, habilidades e atitudes requeridas do egresso, para o futuro exercício profissional do médico, a formação do graduado em Medicina desdobrar-se-á nas seguintes áreas:

I - Atenção à Saúde;

II - Gestão em Saúde; e

III - Educação em Saúde.

Essas resoluções de caráter construtivo no perfil do futuro profissional, devem ser inseridas nos programas curriculares e norteiam os projetos políticos pedagógicos, das escolas médicas. Ela é esclarecedora quanto à orientação na construção, ampliação e avaliação permanente dos projetos, destacando:

[...] o papel da formação centrada no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiada no professor, que é o profissional mediador do processo de formação integral e adequada do estudante, articulando ensino, pesquisa e extensão. Nessa premissa as DCNs são fundamentais para apontar a necessidade emergente de que esses cursos devem nascer já indissociáveis, interdisciplinares e interprofissionalizantes. (BRAVO et al., 2014, p. 37).

Mas o que é um Projeto Político Pedagógico – PPP?

Atualmente o Ministério da Educação exige das instituições de ensino superior um Plano de Desenvolvimento Institucional – PDI, como um plano estratégico da instituição. O PDI define os objetivos de uma instituição e os princípios institucionais orientadores de suas atividades, além de demonstrar os meios, recursos necessários e cronograma de cumprimento de metas.

O PPP é o subconjunto mais importante do PDI, pois organiza e consolida a programação das atividades acadêmicas de ensino, pesquisa e extensão dos cursos de graduação, especialização e pós-graduação, além de definir a política de contratação de docentes e funcionários, aperfeiçoamento e desenvolvimento desses profissionais, processo de seleção dos candidatos e a infraestrutura acadêmica, administrativa e pedagógica. (MASSETTO, 2015).

É um projeto político porque assume um compromisso social com a formação de profissionais e pesquisadores, cidadãos que futuramente irão transformar a qualidade de vida da sociedade.

O PPP é um “todo orgânico e articulado” de acordo com os objetivos e metas estabelecidos:

professores, disciplinas, alunos, horários de disciplinas e atividades, carga horária, uso de espaços e de recursos da instituição, políticas de ensino e de formação continuada de professores, técnicos e funcionários, plano de carreira, política de

titulação, atividades de interação com a sociedade, política de informática etc. (MASSETTO, 2015, p. 71).

Assim, o PPP é mais que um documento, é um processo dinâmico de ação e reflexão de todos os atores envolvidos, procurando entender o que é real e o que é desejado, “*reduzindo as distâncias entre valores, discursos e ações, entre ações administrativas e acadêmico-pedagógicas que visam à formação do profissional desejado.*”

É necessário que o PPP tenha uma gestão com sistema de avaliação, de correção de rumos, de apoio e diálogos contínuos. Significa mediar entre o que se discutiu e planejou, e sua concretização na prática.

Almeida (2008), chama atenção para o fato de que a gestão da escola médica não é reconhecida e não é valorizada pela comunidade acadêmica, em especial o professor e estudante de medicina, o que é preocupante diante de uma escola em processo de mudanças. Para ilustrar esse parecer, o autor faz uma análise crítica/autocrítica quanto aos rumos das DCNs no seu território de atuação, Universidade Estadual de Londrina – UEL, visto que as diretrizes expõem o que fazer, mas deixam a desejar no “como” fazer.

A primeira dificuldade apontada por Almeida (2008), está no fato do profissional médico se achar auto-suficiente, uma “*herança de um passado não muito distante*”, que reflete nas relações médico-paciente, ao tratar o paciente como “*objeto de intervenção médica e não como sujeito autônomo e um potente recurso terapêutico de seus próprios processos de adoecimento e cura*”; e nas relações com outros profissionais da área da saúde e da área da educação.

Antes da exigência da educação permanente nas DCNs, a preparação do professor para a sua atividade docente era feita pelos “*cursos de didática e metodologia de ensino*”. Nas metodologias ativas de ensino-aprendizagem, “*o formato de preparação docente ficou obsoleto.*” Na UEL, essa disparidade foi redimensionada através da criação da “*comissão de capacitação docente*” e, em seguida, “*comissão de educação permanente docente*”.

A capacitação dos professores em serviço, durante as sessões tutoriais, e a capacitação dos professores em funções de coordenação por meio de oficinas de trabalhos voltadas à avaliação das atividades desenvolvidas e/ou ao planejamento das atividades a serem desenvolvidas foi uma das estratégias com indicadores de melhores resultados. (ALMEIDA, 2008, p. 205).

Outra crítica relevante do autor, foi em relação às parcerias incompletas com os serviços de saúde e as organizações comunitárias da sociedade local, que são estratégicas para a formação médica. Em Londrina, segundo o autor, o melhor período dessas parcerias foi

durante a execução do projeto UNI¹⁸ (1992-1999), porém não houve clareza e/ou força política para avançar e instituir instâncias oficiais de realização dessas parcerias no plano político.

As parcerias são incompletas pelo fato de não incluírem, na maior parte das vezes, o componente comunidade em suas ações. Apesar de estarem sempre disponíveis e dispostos a apoiar ações e intervenções docente-assistenciais, raramente os líderes comunitários são convidados pela academia para participar das decisões.

Leite et al. (2001), discute se a formação pedagógica é mesmo necessária para o docente do ensino superior.

Na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em um processo avaliativo, os docentes de 15 cursos de graduação afirmaram:

Evidencia-se a existência de sérias dificuldades no relacionamento objetivos/currículos/desempenho pedagógico da maioria dos professores; o ensino não tem acompanhado a evolução tecnológica; há pouco incentivo (por parte da universidade) à qualificação docente no nível de graduação – a universidade oferece possibilidade de aperfeiçoamento somente para mestrado e doutorado; há necessidade de melhorar qualificação didática dos docentes. (UFRGS/CEPAV 1996, apud LEITE et al., 2001).

Por outro lado, numa avaliação quantitativa do Exame Nacional de Cursos, a metodologia utilizada na qualidade didática dos docentes (não da área da saúde), mostrou que os valores vão de 54,7% a 63,9%. Os alunos disseram que deveriam ter sido mais exigidos e que os cursos contribuíram para seu aperfeiçoamento profissional (38,1 a 46,5%), e sua formação teórica (16,9% a 30%) de forma relativa. Mas os graduandos entenderam que “os professores possuem conhecimentos atualizados nas suas áreas, mas não são capazes de ensinar com eficiência, além de deixar a desejar quanto a métodos e técnicas de avaliação de aprendizagem.” (MEC/INEP/DAES 1997, p. 30, apud LEITE et al., 2001).

2.5.1.3 Práticas Pedagógicas em Saúde Coletiva

Existem duas concepções de práticas educativas nos serviços de saúde em geral: a

¹⁸ Projetos “Uma Nova Iniciativa na Formação dos Profissionais de Saúde” - Projetos UNI, caracterizados pelo movimento de transformação do ensino dos profissionais para o setor saúde, com propostas de forte potencialidade para mudanças do modelo de ensino na área. Desenvolvidos em países da América Latina desde a década de 1990, vêm experimentando a conceitualização e execução de uma nova possibilidade de pensar e fazer a educação dos profissionais do setor saúde. Suas proposições aproximam-se do pensamento da práxis criadora/transformadora que pode ser observada em muitas dimensões, mas adquire expressão máxima na luta pela reestruturação ou transformação dos modelos político-pedagógicos dos cursos das instituições que integram o Projeto. Acessado em 23/06/2019 no site <http://www.scielo.br/pdf/icse/v7n13/v7n13a05.pdf>

educação continuada (descrita pela Organização Panamericana de Saúde – OPAS), consagrada na gestão de recursos humanos nos diversos setores de produção e também na saúde, associada à transformação da organização e à construção de conhecimento que retorna para a própria organização; e a educação permanente (descrita pela Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura – UNESCO), preocupada em qualificar permanentemente os profissionais e a assistência, busca o desenvolvimento de novas competências específicas e compartilhadas, e serve de veículo para a transformação da cultura do trabalho.

Gigante e Campos (2016), chamam atenção para a diferença metodológica dos termos “educação continuada” e “educação permanente”.

Educação continuada, em geral, diz respeito a uma prática educativa tradicional, relacionada às demandas de serviço e profissionais, para recuperar conhecimentos e habilidades esquecidas, ou para acompanhar as mudanças do progresso científico tecnológico, e melhorar o desempenho profissional. Parte da concepção de que mais informações melhoram a competência dos profissionais, é disciplinar e geralmente direcionada para uma categoria profissional. A transmissão do conhecimento geralmente se dá fora do ambiente de trabalho e embora contribua com a formação, não modifica as práticas institucionais.

Tais práticas educativas não conseguem responder às características dinâmicas e incertas do contexto, que exigem profissionais críticos e competentes para assumir a complexidade do cuidar em saúde.

Educação Permanente em Saúde é entendida como aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. Baseia-se na aprendizagem significativa, e na possibilidade de transformar as práticas profissionais. Evidencia a relação da proposta com os princípios e diretrizes do SUS, da Atenção Integral à Saúde e a construção da Cadeia do Cuidado Progressivo à Saúde, que *“supõe a ruptura com o conceito de sistema verticalizado para trabalhar com a ideia de rede,”* de um conjunto articulado de serviços básicos, ambulatórios de especialidades e hospitais gerais e especializados reconhecendo-se contextos e histórias de vida, e assegurando adequado acolhimento e responsabilização pelos problemas de saúde das pessoas e das populações.

Mitre et al. (2008), mostram que é imperioso discutir as metodologias ativas de ensino-aprendizagem, a concepção embutida na educação permanente, em função dos seguintes fatos do mundo contemporâneo:

- a velocidade das transformações nas sociedades laicas e plurais contemporâneas, em um contexto em que a produção de conhecimento é extremamente veloz, tornando ainda mais provisórias as verdades construídas no saber-fazer científico;
- a perspectiva vigente, quase marca desse tempo, de colocar em xeque os valores até então considerados intocáveis, o que impõe uma profunda (e necessária) reflexão sobre a inserção do profissional de saúde nesse novo contexto;
- a inequívoca influência dos meios de comunicação na construção/formatação do homem/profissional nesses primórdios do século XXI, marcada por um genuíno bombardeio de imagens, as quais embotam as possibilidades de reflexão sobre a vida, a inserção no mundo e a própria práxis;
- a configuração de uma nova modalidade de organização do espaço-tempo social, as sociedades de controle, o que torna imperiosa a adoção de uma postura crítica sobre a inscrição do sujeito no mundo - aqui incluído o trabalho - caracterizando um verdadeiro ato de resistência. (MITRE et al., 2008, p. 2134).

A teoria das metodologias ativas está fundamentada no princípio da autonomia, como defendia Paulo Freire, nos princípios do materialismo histórico-dialético e no construtivismo de Piaget, possibilitando ao discente autogovernar seu processo de formação, uma vez que, enquanto a graduação dura alguns anos, a atividade profissional permanece por décadas, com rápidas mudanças dos conhecimentos e competências.

O ensinar exige respeito à autonomia e à dignidade de cada sujeito, especialmente no âmbito de uma abordagem progressiva, alicerce para uma educação que leva em consideração o indivíduo como um ser que constrói a sua própria história. Esse respeito só emerge no âmbito de uma relação dialética na qual os atores envolvidos – docente e discente – se reconhecem mutuamente (e aqui se pode **recuperar** a dialética do senhor e do escravo de Hegel¹⁹), de modo a não haver docência sem discência, na medida em que as duas se explicam, e seus sujeitos, apesar das diferenças, não se reduzem à condição de objeto um do outro. (MITRE et al., 2008, p.2135).

Nesse contexto, a metodologia ativa permite articulação entre universidade, serviço e comunidade, valoriza todos os atores no processo da construção coletiva e seus

¹⁹ Dois homens lutam entre si. Um deles é pleno de coragem. Aceita arriscar sua vida no combate, mostrando assim que é um homem livre, superior à sua vida. O outro, que não ousa arriscar a vida, é vencido. O vencedor não mata o prisioneiro, ao contrário, conserva-o cuidadosamente como testemunha e espelho de sua vitória. Tal é o escravo, o “servus”, aquele que, ao pé da letra, foi conservado. O senhor obriga o escravo, ao passo que ele próprio goza os prazeres da vida. O senhor não cultiva seu jardim, não faz cozer seus alimentos, não acende seu fogo: ele tem o escravo para isso. O senhor não conhece mais os rigores do mundo material, uma vez que interpôs um escravo entre ele e o mundo. O senhor, porque lê o reconhecimento de sua superioridade no olhar submisso de seu escravo, é livre, ao passo que este último se vê despojado dos frutos de seu trabalho, numa situação de submissão absoluta. Entretanto, essa situação vai se transformar dialeticamente porque a posição do senhor abriga uma contradição interna: o senhor só o é em função da existência do escravo, que condiciona a sua. O senhor só o é porque é reconhecido como tal pela consciência do escravo e também porque vive do trabalho desse escravo. Nesse sentido, ele é uma espécie de escravo de seu escravo.

De fato, o escravo, que era mais ainda o escravo da vida do que o escravo de seu senhor (foi por medo de morrer que se submeteu), vai encontrar uma nova forma de liberdade. Colocado numa situação infeliz em que só conhece provações, aprende a se afastar de todos os eventos exteriores, a libertar-se de tudo o que o oprime, desenvolvendo uma consciência pessoal. Mas, sobretudo, o escravo incessantemente ocupado com o trabalho, aprende a vencer a natureza ao utilizar as leis da matéria e recupera uma certa forma de liberdade (o domínio da natureza) por intermédio de seu trabalho. <https://portalvermelhoesquerda.wordpress.com/2016/08/16/hegel-a-dialetica-do-senhor-e-do-escravo/>, acessado em 22/06/2019.

diferentes conhecimentos, e promove a liberdade no processo de pensar e no trabalho em equipe.

Dois instrumentos vêm sendo reconhecidos para integração ensino-serviço de saúde: o ensino pela problematização e a organização curricular em torno da aprendizagem baseada em problemas – ABP.

Medeiros (2015), chama atenção para a proposta de Educação Permanente na qual a forma de pensar/abordar os problemas é fundamental como estratégia. Procurou-se tornar o termo problema, entendido como sinônimo de desordem, o ponto de partida para indagação e compreensão com a intencionalidade de fazer perder o “caráter catastrófico e adquirir status de interlocutor permanente de qualidade.”

Chama-se problema semi-estruturado aquele que exige racionalidade técnica na sua solução via meios técnicos adequados, derivados do conhecimento sistemático, com maior rigor científico. Os problemas inestruturados são aqueles cuja solução não estão nos livros, e não responde à racionalidade técnica. Envolvem conflitos de valores, derivam de características únicas do contexto ou situação, surgem da organização do trabalho, não percebidos por serem criados com a ajuda do sujeito.

A ABP parte dos seguintes princípios:

Observação da realidade – o aluno expressa suas percepções pessoais, é a primeira leitura integral da realidade.

Pontos-chave – estudo cuidadoso por meio da análise reflexiva, selecionando o que é relevante para a compreensão do problema.

Teorização – informações pesquisadas são analisadas e avaliadas quanto à relevância para solução do problema. O professor estimula a participação ativa do estudante, que atinge a compreensão do problema nos aspectos práticos e situacionais, e nos princípios teóricos.

Hipóteses de solução – confrontação da realidade com a teoria. O professor estimula a originalidade e criatividade, e o aluno pensa de maneira inovadora.

Aplicação à realidade – o estudante executa as soluções que o grupo encontrou como sendo as mais viáveis, e aprende a generalizar o que assimilou, para utilizá-lo ou não, em diferentes situações. Exercita a tomada de decisões, aperfeiçoando sua destreza.

Assim, o aluno vivencia a dialética da ação-reflexão-ação, tendo como pano de fundo uma realidade social. Podem surgir novos desdobramentos, necessitando a interdisciplinaridade para sua solução, o desenvolvimento de pensamento crítico e a responsabilidade com a própria aprendizagem.

Mitre et al. (2008), destaca os principais aspectos da ABP:

- Aprendizagem significativa;
- Indissociabilidade entre teoria e prática;
- Respeito à autonomia do estudante;
- Trabalho em pequeno grupo;
- Educação permanente;
- Avaliação formativa.

Medeiros (2015), lembra que a educação brasileira está atrelada a uma política de exclusão fortemente marcada pela desigualdade e pela “ideologia da opressão”, assim caracterizada por Paulo Freire.

Chauí (apud MEDEIROS, 2015, p. 106), traz à discussão três aspectos presentes na educação, herdados da ditadura: a violência repressiva que se abateu sobre os educadores nos três níveis (fundamental, médio e superior); a privatização do ensino – a qualidade é associada à escola particular e escola pública é vista como devastada física e pedagogicamente; e a reforma universitária que destruiu os cursos com a multiplicidade de disciplinas, departamentalização e centralização.

2.5.1.3.1 A formação por competências

Ao priorizar a formação do cidadão produtivo para responder às necessidades de uma sociedade de consumo, a escola tem se preocupado em favorecer uma formação rápida do homem técnico, sem se preocupar com a pessoas na sua totalidade. O objetivo é formar aquele que aprende a executar determinadas tarefas práticas. (ROVAI, 2010).

Deve-se considerar que os prognósticos da educação para o séc. XXI, indicam que aprender a fazer não pode ter o significado de preparar alguém para determinada tarefa. **A aprendizagem de procedimentos não pode mais ser simples transmissão de práticas rotineiras, embora essas constituam ainda, a base do processo de construção do conhecimento.**

O conhecimento técnico requer habilidades motoras, cognitivas, sociais, através de um processo de repetição, do tipo associativo e reprodutivo, que automatiza conhecimentos, mas que não desafia a inteligência. Aprendizagens mais complexas, requerem

“procedimentos que se aplicam de modo controlado, dentro de um plano projetado deliberadamente com o fim de conseguir uma meta fixada”.

Rovai (2010, p. 45), traz ainda o conceito de competência defendido por outros estudiosos:

- Morin: competência liga-se à complexidade, como representação de realidades internas e externas – e não à linearidade, podendo ser denominada de “competência da complexidade, na qual se fazem presentes um “pensamento complexo” e uma inteligência da complexidade, dimensões ressaltadas como capazes de preparar o profissional para a era das incertezas. Para ele, a incapacidade de reconhecer, tratar e pensar a complexidade é resultado do nosso sistema educativo que insiste em trabalhar o conhecimento de forma fragmentada e reducionista;
- Perrenoud: a competência em sua complexidade envolve esquemas de percepção, pensamento, avaliação e ação que suportam inferências, antecipações, transposições analógicas, generalizações, apreciação de probabilidades, etc., à partir de um conjunto de índices que pede busca de informações, tomada de decisão, que só por meio de situações complexas é possível desenvolver. Nossa capacidade de antecipação é limitada por aquilo que conhecemos e que extrapolamos timidamente e, com certeza, o futuro reserva-nos surpresas que desafiarão nossa imaginação;
- Le Boterf: inclui entre outros ingredientes, saber agir, saber mobilizar e integrar saberes e conhecimentos múltiplos, saber transpor, saber aprender a aprender e aprender a envolver-se.

A autora dá um exemplo interessante sobre atividade médica, ao citar um estudo do setor de Gerontologia da Santa Casa de São Paulo, onde foi constatado que 41% dos pacientes idosos tomam medicamentos inadequados ou em doses excessivas, apesar da existência de prescrição médica. Faltavam informações aos médicos de outras especialidades sobre como medicar os idosos. Uma questão de perguntar ao idoso “quais remédios ele estava tomando”. Os idosos têm o hábito de se consultarem com médicos de diferentes especialidades, o que gera superposição de drogas com princípios ativos e efeitos semelhantes, levando o idoso a entrar na “cascata medicamentosa, onde ele passa a tomar cada vez mais remédios para combater os efeitos colaterais causados pelos próprios

medicamentos”. Constata-se que são eventos que não se prendem a padrões aprendidos na formação.

Perrenoud (1999), questiona se a escola pode ficar imóvel em contextos sociais em transformação. Responde que as escolas não podem depender de “partidos no poder ou mesmo ser instrumento de uma facção”. O sistema educacional deve encontrar um justo equilíbrio para evitar se isolar do restante da vida coletiva.

[...] a despeito das novas tecnologias, da modernização dos currículos, da renovação das idéias pedagógicas, o trabalho dos professores evolui lentamente porque depende pouco do progresso técnico, porque a relação educativa obedece a uma trama bastante estável e porque suas condições de trabalho e sua cultura profissional instalam os professores em rotinas. É por isso que a evolução dos problemas e dos contextos sociais não se traduz ipso facto por uma evolução das práticas pedagógicas. (PERRENOUD, 1999, p. 2).

Por outro lado, segundo o autor, não se pode ignorar o papel do Estado, cujo objetivo é conservar o adquirido, gastando menos, pois não tem recursos para desenvolver a educação como nos tempos de crescimento. “Fazer melhor com menos [...]”

Para ancorar a prática reflexiva sobre uma base de competências profissionais, Perrenoud (1999, p. 6), sugere aos professores:

- Organizar e animar as situações de aprendizagem;
- Gerir o progresso das aprendizagens;
- Conceber e fazer evoluir os dispositivos de diferenciação;
- Envolver os alunos nas suas aprendizagens e no seu trabalho;
- Trabalhar em equipe;
- Participar da gestão da escola;
- Informar e envolver os pais;
- Servir-se de novas tecnologias;
- Enfrentar os deveres e os dilemas éticos da profissão;
- Gerir sua própria formação contínua.

Para cada um dos dez domínios de competências acima, reconhecidas como prioritárias na formação contínua dos professores, foram desenvolvidas competências mais específicas.

Esse referencial pode ser discutido, mas o autor destaca alguns pontos importantes que reproduziremos abaixo, na íntegra, pois compõem as bases da formação por competências defendidas por Perrenoud (1999, p.6):

- Que exista um que suscite consenso amplo ao término de um verdadeiro debate e torne-se um verdadeiro instrumento de trabalho para os estudantes, os formadores e as pessoas de campo.
- Que se apoie em competências e que considere os conhecimentos, sejam eles disciplinares, profissionais ou advindos das ciências humanas, como recursos a serviço dessas competências mais do que como fins em si mesmos.
- Que as competências profissionais situem-se claramente para além do domínio acadêmico dos saberes a ensinar, que elas abarquem sua transposição didática em classe, a organização do trabalho de apropriação, avaliação, a diferenciação do ensino.
- Que as dimensões transversais do ofício sejam honradas para além de algumas horas de “formação comum”, de “pedagogia geral” ou de sensibilização para aspectos relacionais, que os componentes transversais constituam o objeto de aportes teóricos e de aprofundamentos em estágio, do mesmo modo que as didáticas das disciplinas.
- Que a formação e o referencial de competências considerem toda a realidade do ofício valendo-se de uma análise rigorosa de práticas, em sua diversidade, sem esquecer isso que jamais é dito claramente, mas que pesa terrivelmente na vida cotidiana de professores e de alunos: o tédio, o medo, a sedução, a desordem, o poder, etc.
- Que o referencial de competências exerça um avanço “otimizador” sobre o estado das práticas, sem fazer dos novos professores pobres kamikazes, condenados a sofrerem com o mesmo sarcasmo ou ostracismo por parte dos professores veteranos,; importa-lhes os meios de explorar as novas vias abertas pela pesquisa em educação, por equipes inovadoras ou movimentos pedagógicos.
- Que essas competências sejam suscetíveis de serem desenvolvidas desde a formação inicial, num verdadeiro dispositivo de alternância e de articulação teórico-prática, mas que elas guiem também o desenvolvimento profissional, seja no interior dos estabelecimentos ou no âmbito da formação contínua.
- Que o referencial seja um instrumento muito claro para sustentar a concepção e a gestão de planos e dispositivos de formação tanto quanto de avaliação de competências efetivas de estudantes ou professores formados.
- Que a dimensão reflexiva seja prontamente inscrita na própria concepção das competências; que se renuncie então às prescrições fechadas ou às receitas, para propor conhecimentos, argutos sobre os processos de ensino-aprendizagem, instrumentos de inteligibilidade de situações educativas complexas e um pequeno número de princípios que orientem a ação pedagógica (construtivismo, interacionismo, atenção dirigida para o sentido dos saberes, negociação e normatização do contrato didático, etc.).
- Que a participação crítica e a interrogação ética sejam constantemente conduzidas de forma paralela, a partir das próprias situações, desenvolvendo um discernimento profissional sempre

situado na encruzilhada da inteligência das situações e do cuidado com o outro, isto é, da solicitude da qual fala Philipp Meirieu.

Perrenoud (1999), discute ainda a reflexão e o pensamento crítico nas universidades que, a princípio, seriam lugares por excelência dessas práticas. Com exceção da medicina, engenharia e administração, segundo o autor, “a universidade não está organizada para desenvolver competências profissionais de alto nível. Mesmo nesses domínios, os saberes disciplinares superam o desenvolvimento das competências.”

Para resolver esta questão, algumas faculdades de medicina introduziram a aprendizagem por problemas, colocando a abordagem teórica a serviço da prática, introduzindo a clínica desde o primeiro ano. Outro autor, (PERRENOUD, 1999 apud GILLET, 1987), sugere dar “às competências um direito de gestão sobre os conhecimentos”, contrariando a tendência das escolas de criar cursos, multiplicar saberes reputados como indispensáveis, e deixar para os estágios ou trabalho de fim de curso ou a alguns trabalhos práticos, o cuidado de desencadear sua integração e sua mobilização.

A formação para pesquisa nas universidades, não prepara o aluno para a prática reflexiva, os pesquisadores ao ensinar podem:

[...] entediar seus alunos, perder-se em monólogos obscuros, mostrar transparências inelegíveis, organizar avaliações arcaicas e assustar os alunos pelo seu nível de abstração ou sua pouca empatia ou senso de diálogo. Isso tanto pode sugerir um desprezo pelo ensino quanto uma fraca capacidade reflexiva aplicada a esse trabalho. (PERRENOUD, 1999, p. 13).

O autor traz algumas diferenças entre pesquisa e prática reflexiva: elas não têm o mesmo objeto; não exigem a mesma atitude, enquanto a pesquisa “descreve e explica” mostrando seus resultados, a prática reflexiva “compreende para regular, otimizar, ordenar, fazer evoluir uma prática particular para seu interior”; não têm a mesma função. A pesquisa procura “os saberes de caráter geral, duráveis, integráveis a teorias, e a prática reflexiva contenta-se com conscientizações e saberes da experiência, úteis localmente”. Não possuem os mesmos critérios de validação. A pesquisa exige um “método e controle intersubjetivo”, e a prática reflexiva é validada “pela qualidade das regulações que ela permite operar e pela sua eficácia na identificação e resolução de problemas.”

Para a universidade formar profissionais reflexivos ela tem que:

[...] desenvolver dispositivos específicos como análise de práticas, estudos de caso, video-formação, escrita clínica, técnicas de auto-observação e de esclarecimento, treinamento para o trabalho sobre o próprio habitus e sobre seu inconsciente profissional.

Por fim, destacamos outra crítica de Perrenoud (1999), ao propor a formação de um pesquisador reflexivo, considerando que haveria muitas convergências se a preparação metodológica que está mais localizada no tratamento dos dados, partisse para negociação com o campo e a regulação de atividades e de trabalho, se ainda a atividade de pesquisa não fosse tão mitificada e reduzida ao método.

Fala-se pouco das relações de poder, das dimensões narcísicas, da concorrência, da parte do acaso e do inconsistente, da vida concreta nos laboratórios (LATOURET; WOOLGAR, 1988). Expurga-se, então, da realidade do trabalho, tudo o que exige uma reflexão tática, ética, identitária, financeira e prática, fazendo como se os pesquisadores vivessem num mundo de ideias puras, sem contingências materiais, nem paixões humanas. Toda consideração do trabalho real revelaria parentescos entre o ofício do professor reflexivo e do pesquisador reflexivo... (PERRENOUD, 1999, p. 13).

Medeiros (2015, p. 161), refere-se a competências como interseção de três dimensões:

- Conhecimentos: informação, saber o quê, saber o porquê
- Competência: Habilidades – técnica, capacidade, saber como, atitudes – querer fazer, identidade, determinação

O conhecimento corresponde à uma série de informações assimiladas e estruturadas pelo indivíduo, que lhe permitem entender o mundo. A habilidade corresponde à capacidade de aplicar e fazer uso do conhecimento adquirido com vistas à consecução de um propósito definido. A atitude diz respeito aos aspectos sociais e afetivos relacionados ao trabalho que explicam o comportamento normalmente experimentado pelo ser humano no seu ambiente de trabalho.

A autora destaca que elemento ético da competência em gestão pública, deve ser reconhecido quando cumpre a finalidade pública que tem, diferente do que ocorre na gestão privada, que se baseia em disputa e competitividade.

A aprendizagem por competência exige uma outra forma de avaliação do aluno, diferente daquelas tradicionais, onde o aluno reproduz os conteúdos aprendidos na sala de aula. Perrenoud (1999), orienta os professores a “observar e avaliar os alunos nas situações de aprendizagem, segundo uma abordagem formativa; fazer balanços periódicos de competências e tomar decisões de progressão.”

Troncom (2016), traz à discussão a estruturação de sistemas para avaliação programática do estudante de medicina, considerando a necessidade de avaliar, além dos conteúdos aprendidos, as habilidades e competências.

[...] o foco dos estudiosos da avaliação do estudante de medicina vem valorizando crescentemente os conceitos de avaliação programática e de sistema de avaliação, como forma de melhor atender ao cumprimento das suas várias funções de excelência. (TRONCOM, 2016, p. 31).

Avaliação programática é entendida como conjunto de ações diversificadas e coordenadas, que ocorre em diferentes momentos, constituindo um programa com objetivo de cumprir, da melhor forma, as várias funções da avaliação do aluno. Devido a sua complexidade, sua implementação e execução exigem o formato de um “sistema de avaliação programática” que envolve “recursos materiais e humanos, instrumentais e operacionais, permitindo que a avaliação ocorra de forma satisfatória e com qualidade. (TRONCOM, 2016).

As principais funções da avaliação do estudante, segundo o autor, são:

- 1) *Formativa* – os resultados da avaliação são utilizados para orientar a correção de deficiências e o reforço do aprendizado do estudante, bem como para estimular as capacidades de reflexão e de autoavaliação. Ex.: eventos onde se pode observar o desempenho do estudante no cumprimento das suas atividades e tarefas, o que fornece elementos para discutir com ele os aspectos positivos e os que precisam ser melhorados, caracterizada pela prática de comentários críticos construtivos (devolutiva ou feedback).
- 2) *Somativa* – os resultados dos procedimentos avaliativos são usados para tomada de decisões sobre o destino do estudante, em relação à progressão ao longo do curso. Ex. resultados de exames que podem ser complementados por outras informações. Exames de seleção. Exames de licenciamento para o exercício de funções a prática de profissões.
- 3) *Informativa* – os resultados das avaliações servem para prover informações importantes sobre os processos educacionais e permitirem atuar no controle da sua qualidade. Ex. exames cujos resultados são analisados com enfoque não no desempenho dos estudantes, mas no domínio dos conteúdos e das competências, de modo a permitir inferências sobre o ensino e, deste modo, poder levar a mudanças de rumos, visando o seu aperfeiçoamento. (TRONCOM, 2016, p. 32).

O sistema de avaliação programática requer ainda algumas características desejáveis como centralização, institucionalização, uniformização, abrangência e integração. Apresenta metas, como por ex., detectar precocemente dificuldades individuais dos estudantes, de modo a orientar possíveis intervenções, com oferta adequada de remediação; aprimorar o alinhamento entre a avaliação do estudante e o currículo, pautando as práticas avaliativas pelos desfechos esperados; entre outras.

A implantação de um sistema de avaliação programática traz mudanças profundas na cultura e organização institucional e, principalmente, nos papéis que estudantes e professores desempenham na avaliação.

2.5.2 Educação e ética

Rios (2016), aborda a ética na educação ao ministrar curso de Filosofia da Educação para professores na Universidade Virtual de São Paulo. De forma simples e objetiva, mostra a importância do tema trazendo sua vivência como professora de filosofia.

Fala-se então do trabalho competente do professor, que é um trabalho de boa qualidade. Precisa-se adjectivar essa qualidade, na filosofia é preciso perguntar: de quê qualidade? Pois os filósofos já diziam que todos têm qualidade, não há ninguém sem qualidade. Queremos ser professores competentes da melhor qualidade, então é preciso pensar no que é requerido para ser professor competente que se deseja ser.

Educação é o gesto de construção da humanidade. Ninguém nasce humano, torna-se humano por um processo educativo. É obvio que trazemos características biológicas e fisiológicas da espécie, mas não se sabe o que seremos, seremos a partir da educação. O gesto de educar é feito em todas as instituições sociais, mas há uma que se dedica especificamente à educação, a escola.

Competência é saber fazer bem o que é preciso fazer. Qualquer profissional pode ser qualificado de competente quando ele sabe fazer bem o que é preciso fazer. Não se está falando de competências, fala-se da competência como um conjunto de propriedades que fazem com que o sujeito tenha seu trabalho reconhecido como bom trabalho.

Há dimensões constituintes da competência do professor: técnica, estética, política e ética.

Para ser boa professora de filosofia, por ex., a primeira coisa que é requerida é saber filosofia, ter um conhecimento da área na qual se desenvolve o trabalho, saber bem os conteúdos daquilo que se quer ensinar. Mas só isso não basta, é necessário, além do conteúdo, ter métodos para socializar esses conteúdos, alguns dizem que tem que se ter didática, a didática é mais que métodos. Se eu só sei filosofia, sou uma boa filósofa, mas não uma boa professora de filosofia. Preciso saber ensinar filosofia. Essa é a dimensão técnica da competência, é o nosso fazer que revela ser bom ou mau dependendo da forma como reagimos ao que é a expectativa.

Mas não se ensina filosofia no vazio, ensina-se para alguém, e aí a autora lembra-se de Dewey: “para ensinar latim a João é preciso conhecer latim e conhecer João”. Essa é a perspectiva da relação pedagógica. Há uma relação e é preciso que nela se tenha o conhecimento do outro, e mais, não é um conhecimento apenas no sentido da cognição, é um conhecimento no sentido da afetividade, da sensibilidade, no reconhecimento dessa relação. Esta é a dimensão estética. Mas estética não diz respeito à beleza? Dir-se-á então, é isso mesmo, o bom trabalho é um trabalho bonito. Como foi bonito? Nos vestimos como se fosse para uma festa ou algo especial? Não. Foi bonito porque o professor deu conta do recado, atingiu seus objetivos, há uma sensibilidade presente no trabalho do professor.

Mas o professor e João não estão em Marte, estão numa sociedade organizada de uma determinada maneira. E então há que conhecer essa sociedade, “polis”. Há uma dimensão política no nosso trabalho, há uma dimensão de comprometimento com algumas perspectivas. Essa dimensão diz respeito a estarmos atentos às demandas da sociedade. É na dimensão política que se precisa estar atento a uma organização curricular, políticas que se definem para educação. A organização curricular é uma escolha.

Os alunos perguntam: porque é que eu tenho que aprender tal coisa? E a resposta está nessa organização, é porque se julgou importante que se saiba português, matemática, geografia, história, ciências, porque isso faz parte da construção desse ser humano, desse cidadão que se quer formar. É assim que se define essa dimensão política, e quando executamos o nosso trabalho estamos levando tudo isso em consideração. Porque duas aulas de uma disciplina e cinco de outra? Porque primeiro isso, depois aquilo? Porque avaliar da maneira que avaliamos?

A dimensão ética é a dimensão fundante da competência. De que adianta saber bem biologia, física, química, etc, de que adianta ensinar bem se não nos comprometemos com a construção do bem comum? Se esse nosso trabalho não é produtor de felicidade? Parece esquisito, se os alunos perguntam: “para que tenho que aprender filosofia?” E eu respondo para ele: “para vc ser feliz”, pode ser que o aluno dê risada, mas é para isso que construímos uma cidadania, para a construção de uma sociedade respeitosa, justa e solidária, para que apropriando-se dos saberes, os sujeitos possam estar ampliando mais a sua vida.

É difícil essa compreensão porque estamos numa sociedade utilitária, pragmática. O aluno pergunta o que vou fazer com isso, como se aquilo que levássemos a ele fosse algo que ele pudesse por na pasta e usar daqui a pouco. Mas só seremos seres competentes se nos comprometermos com essa construção em qualquer área que estejamos,

aí vem a pergunta: essa história não deve caber a um professor de ética? De moral? Aí respondemos que: todo professor é um professor de moral, porque é feita a pergunta: “o que ensinamos quando ensinamos alguma coisa?” Não ensino só uma disciplina, eu ensino um jeito de ser, ensino uma forma de me relacionar com o outro, ensino valores, eu socializo valores.

A pergunta é, podemos ensinar ética? Sim, e todos ensinam ética. Mas não como se ensina qualquer disciplina, ensinamos com nosso gesto. O gesto do professor ensina. Ao lembrar disso, traz-se a ética para nosso espaço, com o exemplo favorecendo isso.

Esses princípios éticos abordados por Rios (2016), se fazem presentes e necessários na aprendizagem por competências, como vimos, e são mais fáceis de serem assimilados quanto mais cedo os alunos se inserem nessa abordagem, segundo Perrenoud (1999).

2.5.3 A Residência Médica no Brasil

A Residência Médica (RM) surgiu como uma modalidade de ensino de pós-graduação, destinada a médicos, com o propósito de treinamento em serviço, sob a responsabilidade de instituições de saúde, acadêmicas ou não, sob a orientação de profissionais médicos (CAPO et al., 2011).

Segundo Feuerwerker (2000), no Brasil a RM existe desde a década de 1940 e até a década de 1950 atingia uma parte muito pequena dos egressos das escolas médicas. Com a ampliação do número de programas, incentivada pelo interesse do corpo clínico ou pela procura dos residentes, se consolida como modalidade de especialização médica.

A autora aponta alguns fenômenos que impulsionaram a dinâmica desse processo:

- Desenvolvimento tecnológico e científico na área médica que contribuiu para o aumento das especializações;
- Criação de novas escolas médicas na década de 1960, com aumento da disponibilidade de vagas nas já existentes;
- Mudança do perfil do profissional a ser absorvido pelo mercado.

Em função de pressões exercidas pelo mercado, em especial o farmacêutico e das indústrias de equipamentos, ocorrem mudanças na organização do trabalho e do perfil do profissional que é absorvido pelo mercado de trabalho.

Por outro lado, a introdução de mecanismos de acumulação de capital no setor saúde favoreceu a adoção do modelo de atenção baseada na utilização intensiva [e progressiva] de tecnologia e na especialização do médico. (FEUERWERKER, 2000, p.7).

A criação de novas escolas médicas, não veio acompanhada da reorganização do mercado de trabalho do médico, levando a uma distribuição desigual desse profissional, seguindo o mesmo percurso da concentração do capital, ou seja, nas grandes cidades, estimulando a competição pelas melhores colocações no mercado.

As novas escolas, ainda sem estrutura, e as antigas, sofrendo a fragmentação da graduação, construíram um cenário de treinamento insuficiente para a competição instalada no mercado de trabalho, provocando um aumento do número de vagas nas instituições que ofertavam a RM.

Sem um sistema oficial de regulamentação e aumento das vagas, inclusive em hospitais não ligados às universidades, os médicos recém-formados começaram a trabalhar supostamente com supervisão, com baixa remuneração.

Na década de 1970, movimento dos residentes, “o único segmento realmente preocupado com a necessidade de haver alguma regulamentação na RM”, criou a Comissão Nacional de Residência Médica – CNRM, por decreto presidencial. (FEUERWERKER, 2000).

O decreto definiu que os programas de residência deveriam ser credenciados na CNRM. No final dos períodos de treinamento os residentes receberiam um título de especialista emitido pelo MEC, e durante o estágio teriam direito a uma bolsa, cujo valor deveria ser estipulado por lei. Somente cento e cinquenta e quatro programas receberam pareceres favoráveis, das 205 instituições que pediram credenciamento.

Feuerwerker (2000), avalia que inicialmente a CNRM teve um papel importante na estruturação das condições mínimas dos programas de RM, porém, em 1989 questionou-se os critérios utilizados no planejamento dos programas, nas oportunidades de aprendizado que estariam de fato oferecendo aos residentes, e a qualidade dos preceptores e supervisores que assumiam esses compromissos.

[...] uma contribuição importante da área da saúde à CNRM poderia ter ocorrido no terreno da definição do perfil desejável do processo de formação, considerando os profissionais necessários e também na definição da quantidade dos especialistas necessários nas diferentes áreas e regiões do país. (FEUERWERKER, 2000, p.9).

Segundo a autora, o Ministério da Saúde tinha objetivo de criar estímulos à integração dos hospitais universitários ao SUS e de estimular a prática de atividades didáticas

e de formação profissional nos hospitais e na rede de serviços, considerando que esse seria um incentivo à melhoria da qualidade dos serviços prestados e também dos profissionais.

Esses objetivos só seriam alcançados em 22/10/2013, no governo de Dilma Roussef, com a Lei nº 12.871, que instituiu o Programa Mais Médicos, com o propósito de diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais das áreas da saúde, aprimorar a formação médica e proporcionar maior experiência no campo de prática médica, ampliar a inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS, fortalecer a política de educação permanente com a integração de ensino-serviço, entre outros.

2.5.3.1 A Residência Médica em Medicina do Trabalho

O primeiro médico do trabalho surgiu na Europa/Inglaterra, no final do séc. XIX, e foi contratado em uma fábrica têxtil, Dr. Robert Baker. Fundador do primeiro Serviço de Medicina do Trabalho, teorizava que esse serviço deveria estar centrado na figura do médico, sendo de sua total responsabilidade, todas as ações voltadas à prevenção de danos à saúde, resultantes dos riscos ocupacionais e que o médico do trabalho deveria ser alguém de inteira confiança do empresário.

O que Baker, segundo suas próprias observações, não imaginava é que ao médico jamais seria facultada a possibilidade de alterar os processos de trabalho com o objetivo de eliminar riscos à saúde. Ou seja, inaugurada a Medicina do Trabalho, de imediato rompe-se o elo que a uniria ao objeto maior da medicina ciência: o bem ou a cura. (VASCONCELIOS; PIGNATI, 2006, p. 1113).

A recomendação nº 97 sobre a Proteção da Saúde dos Trabalhadores, organizada pela (OIT) em 1953, colocava aos países membros, a necessidade de fomento da formação de médicos qualificados, e a estruturação de Serviços de Medicina do Trabalho nas Empresas.

Em 1959, a Conferência Internacional do Trabalho aprovou a recomendação nº112 sobre “Serviços de Medicina do Trabalho”, que se constituiu no primeiro instrumento normativo internacional sobre as atribuições e composição desses serviços e que passou a servir de referência e paradigma para a criação de instrumentos legais, no âmbito nacional dos países membros da OIT.

De acordo com a pesquisa realizada pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) incluindo 14 países da América Latina, no âmbito regional a Medicina do Trabalho é considerada especialidade médica na Argentina, Bolívia, Brasil e Colômbia. Existe ainda,

como especialidade médica sob a designação de Medicina Ocupacional e do Meio-Ambiente no México e Peru. No Uruguai a especialidade denomina-se Saúde Ocupacional. Não constam na lista de especialidades médicas reconhecidas na República Dominicana, Paraguai, Cuba, Costa Rica, Chile, El Salvador e Honduras. (CAPO et al., 2011).

Em 1972 no Brasil, a especialidade surge oficialmente com a publicação da Portaria nº 3.237 pelo Ministério do Trabalho (revogada em 1978, tendo em vista a revisão do Capítulo V da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e a edição da Portaria nº 3.214), que cria os Serviços Especializados em Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT) nas empresas, através da Norma Regulamentadora nº 4. Entre os profissionais que compõem esses serviços, está o médico com especialização em medicina do trabalho. (CAPO et al., 2011).

A fim de cumprir a recomendação da OIT, a partir da Portaria nº 3.214 foram criados Cursos de Especialização em Medicina do Trabalho por instituições de ensino, sob a supervisão da Fundação Jorge Duprat de Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho (FUNDACENTRO), órgão educativo e de pesquisa do Ministério do Trabalho.

A formação do especialista em Medicina do Trabalho na modalidade de Residência Médica, foi iniciada nos anos 1980, no bojo do movimento da Medicina Social. Essas Residências foram organizadas no âmbito dos Departamentos de Medicina Preventiva e Social, ou de Saúde Comunitária, como uma área de concentração em Saúde Ocupacional, nas residências em Medicina Social ou Medicina Comunitária. (CAPO et al., 2011).

Em 2002, através da resolução 1634, o Conselho Federal de Medicina (CFM), a Associação Médica Brasileira (AMB) e a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), formaram a Comissão Mista de Especialidades (CME), que reconheceu a Medicina do Trabalho como especialidade médica. (CAPO et al., 2011).

Dias (1994, apud SILVEIRA et al, 2013), descreve o processo de construção de ações denominadas de Saúde do Trabalhador na rede pública de saúde, em quatro períodos distintos: a) o primeiro, compreendido entre 1978 a 1986, marcado pela difusão das ideias; b) o segundo, entre 1987 a 1990, dedicado à institucionalização; c) o terceiro, de implantação dos serviços na rede pública de serviços, segundo as prescrições da Lei Orgânica da Saúde (nº 8.080) de setembro de 1990 (BRASIL, 1990a), e da Lei nº 8.142 de 1990 (BRASIL, 1990b); d) o quarto, das possibilidades que se apresentam, ou o Devir.

Nesse cenário, a autora destaca os serviços organizados nos hospitais de ensino, totalizando, em 1992, onze centros que realizam atividades voltadas para a clientela do Sistema Único de Saúde: Universidade de São Paulo, Universidade Estadual de Campinas,

Universidade de São Paulo/Ribeirão Preto, Universidade Federal Fluminense, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Universidade Federal de Uberlândia, Universidade Federal do Espírito Santo, Universidade Estadual de Londrina, Universidade Federal de Maringá, Universidade Federal do Rio Grande dos Sul e Universidade Federal de Minas Gerais. (DIAS, 1994, apud SILVEIRA, A.M.; DIAS, E. C., et al, 2013).

A partir desse reconhecimento, foi estruturado o programa de residência médica em várias instituições de ensino.

Dias et al. (2011) apud CAPO et al. (2011), elencam as competências básicas para o médico especialista em Medicina do Trabalho: (1) Estudo do trabalho; (2) Atenção integral (individual e coletiva) à saúde do trabalhador; (3) Elaboração e execução de políticas de gestão da saúde no trabalho; (4) Estabelecer protocolos, normas e procedimentos e (5) Produção e divulgação de conhecimentos técnicos – educação permanente.

Os autores destacam também, que para a aquisição de tais competências os médicos residentes devem, durante a sua formação, estudar os processos de trabalho para conhecer os aspectos técnicos e organizacionais, avaliar e controlar os fatores de risco; desenvolver ações de atenção e assistência à saúde dos trabalhadores em forma de estágios na rede pública de serviços de saúde, nos SESMT de empresas e serviços de saúde de sindicatos de trabalhadores; avaliar incapacidade para o trabalho, e promover ações de reabilitação; desenvolver atividades educativas, formação, capacitação e vigilância da saúde do trabalhador; participar do planejamento e gestão dos serviços de saúde do trabalhador, bem como na formulação de políticas em saúde do trabalhador.

Além disso, os médicos residentes participam de atividades acadêmicas, seminários e cursos, visando o aprofundamento teórico e a aquisição de habilidades em temas específicos.

Atualmente, há duas formas de se obter o reconhecimento como Especialista em Medicina do Trabalho pelo Conselho Federal de Medicina (CFM): ter concluído a Residência Médica em instituição credenciada pela CNRM ou ser portador do Título de Especialista emitido pela Associação Médica Brasileira/Associação Nacional de Medicina do Trabalho (AMB/ANAMT). Para a participação na prova de título de especialista em Medicina do Trabalho, é exigida a formação em treinamento de dois anos em serviço na especialidade, com carga horária total de 3.840 horas ou o exercício da especialidade de medicina do trabalho por quatro anos.

O título de especialista em Medicina do Trabalho, é considerado pela ANAMT como uma das melhores formas de mostrar a toda sociedade e à comunidade médica, em

particular, a qualificação profissional necessária para atuar com competência na área médica, relacionada à saúde e segurança do trabalho. A prova de título da ANAMT obedece a um regulamento que valoriza a participação do médico em eventos científicos, experiência profissional, atividades e programas de treinamento específicos e atualização continuada, tendo por base todas as competências requeridas para o exercício da Medicina do Trabalho. Esta prova é realizada com uma periodicidade mínima anual. Geralmente a prova ocorre durante um evento científico da ANAMT, como Congressos Nacionais ou Seminários Regionais.

Entre os critérios estabelecidos pela ANAMT estão:

O curso de pós-graduação deve ter pelo menos dois anos com um mínimo de 1920 horas, incluindo atividades teóricas e práticas, com treinamento supervisionado. Deve ser realizado por Universidade que tenha Faculdade de Medicina com um mínimo de cinco turmas formadas. Recomenda-se que o curso seja realizado na sede da faculdade. Todos os alunos devem obrigatoriamente ter número de CRM no ato da inscrição.

Para completar o processo de acreditação, são analisados o plano pedagógico do curso, plano das disciplinas (com o conteúdo programático e as respectivas ementas), relação de docentes, relação dos alunos inscritos e os locais de atividade prática. O processo de acreditação tem dois momentos importantes: a análise documental e a visita da Comissão Vistoriadora da ANAMT (portanto, o curso já deverá estar em andamento).²⁰

Os cursos à distância não são reconhecidos para a formação de especialistas.

No que pese os cuidados da ANAMT, um levantamento das ofertas desses cursos nas instituições de ensino não acreditadas (no estado de São Paulo, por ex., apenas três cursos são acreditados pela Associação), as aulas teóricas, na grande maioria dos cursos, são de quinze em quinze dias. As aulas práticas também têm carga horária limitada. Grande número dos projetos políticos pedagógicos não discutem as competências necessárias para a formação dos médicos do trabalho, principalmente as de juízo moral. Nessa modalidade de aprimoramento, as questões colocadas acima por Feuerwerker (1994), são praticamente inexistentes, ou seja, um completo distanciamento das redes públicas de saúde. Parece-nos que esses cursos atendem apenas um apelo de mercado de trabalho para médicos.

Um estudo multicêntrico realizado em 305 faculdades de medicina de 27 países europeus, no período de dezembro de 2010 a abril de 2011, mostrou que o ensino dedicado à Medicina do Trabalho nos cursos de graduação, ocorre na maioria das escolas, porém num nível de qualidade muito baixo e de forma desigual nos diversos países. Médicos generalistas

²⁰ Acessado em 09/03/2019 no endereço: www.anamt.org.br/portal/cursos-acreditados. OBS: o processo de acreditação está suspenso temporariamente por estar em reformulação.

deveriam praticar a medicina ocupacional, ou para diagnosticar as doenças relacionadas ao trabalho, ou para orientar no retorno ao trabalho. No entanto, os treinamentos foram relatados como insuficientes em muitos países estudados. Conclui que as escolas médicas na Europa, são muito desordenadas para prover a qualificação do médico nos temas necessários para enfrentar o que encontrará na sua vida profissional. (GEHANNO, J. F. et al, 2014).

No Brasil, apesar das exigências citadas acima para a formação do médico que atua nas questões de saúde e segurança do trabalhador em empresas, a experiência de intervenção nos condicionantes de trabalho, nas empresas no âmbito do CEREST Piracicaba, mostra uma outra realidade do mundo do trabalho: há uma grande distância entre as competências elencadas e os resultados dos programas de SESMT.

Como exemplo no âmbito das empresas, Silva; Santos (2014), com objetivo de analisar a qualidade técnica de Programas de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO) e de Atestados de Saúde Ocupacional (ASO), através de auditoria interna em 23 empresas subcontratadas de um grande consórcio na área de construção civil em Pernambuco, constatou incoerências e não conformidades em **100% dos PCMSO** e em **68% dos ASO**, concluindo que os médicos do trabalho dessas empresas estariam despreparados para identificar e evitar o adoecimento dos trabalhadores.

O estudo desenvolvido por Scheffer et al. publicado em 2018, mostra que em 2017 o Brasil tinha 35.187 médicos cursando residência médica (RM), em 6.574 programas de 790 instituições credenciadas pela CNRM. O estudo traz ainda um dado paradoxal para a formação de especialistas no Brasil, cerca de 40% das vagas autorizadas de RM no país, não chegam a ser ocupadas.

O crescimento da oferta global de vagas em RM no Brasil, fica nítido ao se comparar os números de R1 (novas vagas de ingressos em 2017) com as vagas de R2. No segundo ano estão 11.820 médicos residentes, e no primeiro, 16.499, crescimento de 39,6%. Há poucas situações inversas, segundo o estudo, com a redução de residentes no primeiro ano em relação ao segundo, entre elas está a Medicina do Trabalho, que passou de vinte e duas para quinze vagas.

Do total de 451.777 registros de médicos em atividade no país, 62,5% têm um ou mais títulos de especialista, enquanto 37,5% não têm título algum. São 282.298 especialistas e 169.479 generalistas. A razão é de 1,67 especialista para cada generalista. A Medicina do Trabalho está em sexto lugar nas preferências das especialidades que corresponde a 4,2% do número de especialistas (15.895 títulos).

2.5.3.2 Os conflitos nas relações saúde trabalho nas estruturas conceituais

Segundo Correia (2006), existem modelos de atuação em Medicina do Trabalho, sintetizados a seguir, que trazem desafios conceituais e estruturais nas relações saúde-trabalho no Brasil:

- **Modelo Higienista:** modelo difundido pela saúde pública anglo-saxônica que pressupõe a intervenção técnica vertical por pessoas que detêm o saber sobre o ambiente, a partir da iniciativa do estado e da iniciativa privada com funções normativas sobre os modos de viver, produzir e desenvolver a vida na sociedade. Tem forte influência sobre a formação das escolas de Saúde Pública e os Departamentos de Medicina Preventiva e Social. Associa o ambiente social e geográfico com os micro-ambientes de trabalho, educação, e nichos ecológicos. Influi sobre modelos de controle para doenças transmissíveis.
- **Modelo Participacionista:** Várias correntes, incluindo a medicina de comunidades e vertentes como a saúde da família, propõem distintas formas de participação. Subordinada à norma vertical (cooptada); capacitada a modificar a norma central (delegada); capacitada para criar norma local (contra-hegemônica); empoderada (apoderada) de meios para construir normas gerais com aplicação local.
- **Modelo Coletivista** (de controle coletivo): Subordina poder normativo (planos), poder executivo (ações), a níveis de controle social hierarquizados com acesso a informação necessária e suficiente para decidir; democratiza grupos normativos por meio de eleições periódicas livres, universais e secretas; encarrega o aparelho de estado da responsabilidade executiva dentro de metas estabelecidas coletivamente.
- **Medicina do Trabalho:** Especialidade médica que trabalha com a prevenção, o diagnóstico e tratamento de agravos causados ou agravados pelo trabalho, em função de avaliação de exposições e processos de trabalho.
- **Saúde Ocupacional:** Núcleo multiprofissional de especialidades com função ampliada de prevenção, diagnóstico, reabilitação e adaptação funcional, que atua por assessoria patronal, sindical e/ou estatal, devendo resposta ao contratante.

- **Saúde do Trabalhador:** Campo especializado multiprofissional do aparato público do estado, que atua sob controle social organizado, e assume funções de vigilância à saúde, fiscalização e intervenção legal e programática sobre a saúde dos trabalhadores e ambientes de trabalho.
- **Perícia Médica:** Especialidade médica que avalia para fins securitários, indenizatórios ou cíveis a capacidade de trabalho em casos de agravos, doenças e acidentes visando a compensação por ganhos cessantes, provenientes do trabalho interrompido ou diminuído, com estabelecimento do eventual nexo causal entre os agravos e exposições no trabalho.
- **Auditoria Fiscal Médica:** Atividade médica no campo da auditoria e inspeção de procedimentos empresariais nas relações e nos ambientes de trabalho, visando impor o respeito às leis e normas trabalhistas, tributárias, fiscais e previdenciárias. Pode ser exercida no âmbito público da Previdência Social e do Trabalho e do Emprego ou no âmbito privado das seguradoras e convênios de saúde.

Embora essas estruturas sejam bem definidas nos seus aspectos conceituais, na prática do ato médico esses olhares carecem:

[...] de limites precisos em que se possa assegurar onde começam e terminam: a ética do ato médico, a relevância política de sua aplicação e a certificação da indenidade científica que lhe embasa. Eis o desafio maior desse debate. (VASCONCELLOS; PIGNATI, 2006).

A medicina ou ciência médica comporta inúmeras disciplinas do conhecimento científico para alcançar seus objetivos, mas a medicina sistematizada no ato médico perde seu caráter “científico” para lidar com a manutenção da vida da espécie humana. Portanto, cada ato médico traduz uma trajetória acumulativa de conhecimentos científicos, associadas às observações empíricas e singularizadas como expressão da “*praxis da medicina*”. Esse pragmatismo individualizado de cada ato médico traz fortes bagagens “*culturais, míticas, e aleatoriamente determinados pela (in)consciência de cada criador ou executor do ato médico em si.*”

Os autores perguntam:

[...] o fazer médico não será a expressão simples do que milenarmente se rotulou de *ars curandis*? Uma pequena e singela obra de arte, ou a sua negação (?), no caso de a obra ser concluída mas não atingir a finalidade estética da cura. (VASCONCELLOS; PIGNATI, 2006, p. 1113).

Existe assim, uma coerência científica das subciências (especialidades) médicas para se chegar no aspecto finalístico da medicina-ciência, apoiada no discurso das ciências puras (biologia, física, química, fisiologia etc.), como meio de validação da verdade de seu pragmatismo tecnicista à medida que considera a ciência uma verdade.

Talvez o que distancie a medicina e o conjunto de práticas que lhe dão corpo, da ciência, seja o seu conteúdo teológico, centrado na ética do comportamento finalístico, cuja essência é o valor intrínseco de fazer o bem, em princípio a qualquer custo, na direção da cura. (VASCONCELLOS; PIGNATI, 2006, p. 1107).

O grau de especialização da medicina se deu no “*marco dos avanços tecnológicos e do conhecimento científico*”, e sua legitimação se deu nos ambientes acadêmicos, instituições de pesquisa e na imprensa científica oficial. Na maioria das especialidades médicas que surgiram com a evolução científica, fica evidente a práxis médica: “*começo-meio-fim, em busca da cura.*”

Nesse contexto, o médico do trabalho deveria cuidar das enfermidades que surgem na relação trabalho-saúde e, em ato médico, chegar ao “*bem finalístico*” da medicina-ciência.

A rigor, a Medicina do Trabalho deveria ser a especialização médica que visa a aprofundar o olhar médico para aquelas enfermidades que, originadas na relação trabalho-saúde, pudessem em ato médico continuado e coerente alcançar o “bem” finalístico da medicina-ciência. Não é, contudo, esta a finalidade da MT, posto que sua posição institucional não é a de tratar e, em consequência, buscar o “bem” do paciente, mas antes, ao avaliar a capacidade física do trabalhador de poder continuar ou não trabalhando, muitas vezes o ato médico se traduz na devolução do paciente às fontes determinantes de seu mal-estar original. (VASCONCELLOS; PIGNATI, 2006, p. 1109).

Os autores questionam se não compete à Medicina do Trabalho (MT) curar o paciente, seria então sua atribuição assumir a prevenção da enfermidade, esta inserida na saúde pública/saúde coletiva?

A MT nasce fora do paradigma da saúde pública e fora dela permanece na maioria dos países do mundo. A rigor, o único país de estrutura capitalista que intenta resgatar o campo das relações saúde-trabalho para o espectro de abrangência das políticas públicas de saúde ou, melhor, políticas de saúde pública, é o Brasil, a partir da Lei Orgânica da Saúde, de 1990, no marco da estruturação do sistema e dos serviços de saúde.

É bem verdade que a Itália, fonte inspiradora da chamada “saúde do trabalhador” no Brasil, também se arvorou nesta ousadia de pensar a MT, ou medicina das fábricas como chamavam os italianos, como campo de intervenção das políticas de saúde e de suas estruturas públicas. Caminho contra-hegemônico interrompido pela integração europeia e os novos cenários políticos que influenciaram na deflagração

de uma conjuntura desfavorável à consolidação desse modelo inovador na Itália atual. (VASCONCELLOS; PIGNATI, 2006, p. 1110).

No Brasil, a mudança de paradigma da MT para o campo da saúde pública como ferramenta técnica componente da área de saúde do trabalhador, ocorreu através de alguns eixos:

1. A compreensão de que a matéria de que trata a MT – relações saúde-trabalho – situa-se no campo da saúde pública e não no campo das relações de trabalho e previdência, como é o modelo vigente na maioria dos países;
2. A mudança de enfoque: direito à saúde e segurança no trabalho com base em relações de contrato e delimitações normativas restritivas, para o de direito à saúde, amplo e irrestrito;
3. A ampliação do modelo de intervenção sobre os fatores determinantes dos danos, com base na vigilância da saúde e não no modelo fiscalizador da norma, e, principalmente, como ponto de essência;
4. A incorporação do trabalhador como sujeito coletivo na definição das práticas, e elemento decisivo na transformação dos processos de trabalho.

Esse movimento da MT para a Saúde do Trabalhador (ST), foi consolidado na lei do SUS e incorporado, gradativamente, nos últimos anos pelas áreas das relações saúde-trabalho no âmbito acadêmico, sindical e dos serviços de saúde. Partiu da premissa de que o campo das relações saúde-trabalho tenderia a uma evolução natural, no aspecto dos campos de conhecimento que lhe diz respeito.

A evolução conceitual e operacional, segundo Vasconcellos e Pignati (2006), tanto da MT para Saúde Ocupacional (SO) quanto desta para ST, se deram em decorrência da impotência da MT e SO em intervir sobre os problemas de saúde causados pelos processos de produção, com uma resposta racional, “científica” e aparentemente inquestionável. Ambos os modelos foram desenvolvidos para atender uma necessidade da produção, sem conseguir atingir os objetivos propostos: a SO manteve o referencial da MT, não concretizou a interdisciplinaridade e, apesar de abordar a questão no coletivo dos trabalhadores, continua a vê-los como “objeto” das ações de saúde.

Nesse contexto, a formulação de um novo campo de atuação das ciências da saúde (pública, coletiva) – o da “saúde do trabalhador” – atuaria em expressão de contra-hegemonia, superando a saúde ocupacional e absorvendo a MT como simples “ferramenta técnica” de apoio ao desenvolvimento das linhas antes citadas que compõem seu paradigma.

O paradigma secularmente alicerçado na MT clássica daria, desse modo, lugar a um novo enfoque técnico-científico, em que a ênfase mudaria da devolução do trabalhador ao processo de trabalho em regime de risco à saúde, para o de transformação dos processos e ambientes de risco em outros que fossem garantidores da saúde. (VASCONCELLOS; P/IGNATI, 2006, p. 1111).

Porém, os autores apontam algumas dificuldades pelas quais a MT clássica não consegue dar o salto para essa transformação:

- É uma ferramenta de gestão de pessoas na linha de produção no sentido de avaliar a capacidade biológica de trabalhar ou não, seja por obediência à norma ou para não colidir com o interesse maior do processo produtivo;
- Como a força de trabalho é condição mediadora e não “objeto” no processo produtivo, a intenção é produzir com menor custo, maior rapidez e maior eficiência;
- A decisão de transformar os processos de risco à saúde no trabalho não é prerrogativa da MT pois exigiria a formatação, organização e manutenção dos processos produtivos;
- Ao agir como elemento avaliador dos danos à saúde a MT perpetua a hegemonia dos processos de sustentação dos determinantes dos danos na relação saúde-trabalho;
- A MT age como elemento “científico” ao aprovar o equipamento de proteção individual, sensor de avaliação dos níveis de agentes físicos e químicos tóxicos ao aceitar os limites de exposição no ambiente de trabalho.

O médico do trabalho é absorvido para o trabalho em três situações: servir a um empregador, público ou privado, como controlador da força de trabalho; no aparato estatal de fiscalização da norma trabalhista de saúde e segurança do trabalho, servidor do Ministério do Trabalho; e perito judicial nomeado pelo juiz para avaliação da pertinência ou não de percepção do adicional de insalubridade e de periculosidade e de outras Normas Regulamentadoras.

Outras situações de empregabilidade como perito previdenciário e perito judicial para perícias denexo causal, não existe a exigência da especialização como médico do trabalho.

A impossibilidade da MT cumprir a finalidade da medicina-ciência, deveria reabrir o debate sobre a questão e colocá-la no campo da saúde pública, mais especificamente, da Saúde do Trabalhador, considerando que:

O distanciamento da saúde pública entre a formulação técnica, com base nas disciplinas do conhecimento que lhe dão suporte (comportamento científico), e a capacidade de resolver problemas em nível decisório (comportamento político) não lhe retira a identidade científica, no campo das “ciências da saúde” lato sensu,

mantendo- a capacitada a servir-se de parâmetros científicos para propor mudanças no cenário político e no modelo econômico, inclusive os relacionados aos problemas presentes nos processos produtivos. (VASCONCELLOS, PIGNATI, 2006, p. 1111).

2.5.4 Bioética

2.5.4.1 Ética e Moral

Rios (2016), coloca que, em geral, as pessoas não distinguem a diferença entre ética e moral, no cotidiano. Não é sem razão, mas é preciso que se diferencie esses dois termos. Fala-se em diferenciar e não separar, não se separa ética e moral.

Etmologicamente, ética vem do grego *ethos*, que significa costume, jeito de agir. Moral vem do latim *mores*, que também significa costumes. Portanto, é comum confundir, de certa maneira, os conceitos.

Costume é um jeito inventado de viver em sociedade, os jeitos que os homens inventam para organizar suas vidas. Não há costume na natureza, falar em costume implica em falar na sociedade. Na natureza o que temos é uma forma já determinada de agir. Por ex., os cachorros não costumam latir, as jabuticabeiras não costumam dar jabuticabas, eles latem, elas dão jabuticabas. Entre nós também não temos costumes, não temos costume de dormir, de respirar, de comer, temos o costume de dormir em camas, ou dormir à noite, etc. Outras sociedades têm outros costumes. Em todas elas os costumes são baseados em valores. Acostuma-se e diz-se que é bom, por isso que se diz que é bom ir à escola, é bom ter um emprego. É costumeiro por isso se diz que é certo. Mas será? Diz-se que é costumeiro, diz-se que é bom e geralmente diz-se que é assim que tem que ser, temos regras e leis. Aí é que está a moral.

A moral é o conjunto de prescrições que orientam a vida das pessoas em sociedade. Não há sociedade sem moral, cada uma diz o que é bom e o que é mau para seus membros, e diz que é assim que se deve comportar. E se indagamos por quê, a moral tem uma resposta pronta: porque é para seu bem! É isso que se ouve, não só de pai, mãe e chefe, a sociedade nos diz: “se você se comportar assim você será aprovado, não será marginalizado, e então se age no sentido de ir ao encontro dessas regras.

Mas se perguntamos: será que é mesmo para o meu bem? Aí sim, já estamos encaminhando para a direção da ética. A moral tem um caráter normativo, a ética tem um caráter reflexivo. Onde a moral diz: “vá por ali”, a ética diz: “por que ir?” Onde a moral diz: “não faça isso”, a ética diz: “por que não fazer?” Onde a moral diz: “é para seu bem”, a ética diz: “será para o bem se for para o bem comum, de todos.” Não dessa ou daquela sociedade, o bem que diz respeito a dignidade de todos ou dignidade humana.

A ética pensa sobre a ordem, e procura criticamente, olhando com profundidade, com clareza e abrangência, verificar a consistência dessas ordens e leis. Onde a moral tem regras, a ética tem princípios.

Os princípios éticos são o respeito, a justiça e a solidariedade.

O respeito é um conceito básico, é o princípio nuclear, é dele que derivam os outros. O respeito significa reconhecimento da existência do outro. Reconhecer significa tomar consciência da existência, de que esses sujeitos também constituem a sociedade como nós. O outro é constituinte da minha identidade. Mesmo no espelho mais cristalino a imagem que tenho de mim é invertida, quem me diz como eu sou é o outro, por isso tenho que ser reconhecida para sentir que existo. O bem comum refere-se a esse respeito.

Justiça é a igualdade na diferença. Somos diferentes: homens e mulheres, negros e brancos, amarelos e vermelhos, mas somos iguais em direito. O contrário da igualdade não é diferença, é desigualdade que é construída socialmente. Tenho

homens e mulheres, é diferença; tenho homens e mulheres trabalhando nos mesmos cargos e com salários diferentes, é desigualdade.

E por fim, solidariedade é o respeito levado às últimas consequências, consiste em pensar no outro independente de castigo ou recompensa.

É preciso pensar que a ética não está nos manuais acadêmicos, nos livros dos grandes filósofos ou nos códigos de ética como se costuma dizer. Ou ela está no cotidiano ou ela não faz sentido.

Outro nome do bem comum é felicidade, e isso não foi dito por nenhum filósofo, foi Antonio Carlos Jobim quando disse: “é impossível ser feliz sozinho”, o bem comum é algo que deve ser partilhado por todos. Não estou falando de felicidade como dos filmes de Hollywood ou dos livros dos contos de fadas. Felicidade como possibilidade de participar da sociedade, de ser ouvido, fazer meu trabalho ou exercício da minha criatividade. Só assim se pode dizer que se está numa sociedade ética. (RIOS, 2016).

2.5.4.2 Bioética e saúde do trabalhador

Lins et al. (2015), iniciam a discussão sobre as questões éticas no mundo do trabalho considerando que a morte no trabalho é um evento antiético. Mas essa realidade afronta-se com a premissa moral de que “o trabalho se expressa como processo de construção da humanidade.” As reflexões sobre as relações entre ética e trabalho, além de não se apropriarem dos seus aspectos morais e valorativos que lhes dizem respeito, não propõem novas posturas em busca de soluções.

Segundo esses autores, as análises éticas encontradas na literatura acadêmica, em grande parte, “são desenvolvidas na perspectiva das corporações, das organizações e das empresas”, portanto unilaterais, sem considerar “o interesse de todos os afetados, a partir da ampliação do papel dos próprios trabalhadores nesse processo.”

A partir de dois marcos históricos, os autores mostram a importância da interface entre saúde do trabalhador e bioética.

O primeiro, a “Declaração Universal dos Direitos Humanos”, que constitui, na opinião dos autores, um dos mais importantes eventos para a delimitação dos valores de cidadania da humanidade, ao destacar em seu art. 23, §1º, a definição de “trabalho como essencial ao homem, ao afirmar que toda pessoa tem direito ao trabalho, à livre escolha do trabalho, a condições equitativas e satisfatórias de trabalho e à proteção contra o desemprego”.

O segundo, no conteúdo da discussão de ética médica em relação à pesquisa clínica (Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde) inspirada na publicação do livro “Princípios da ética biomédica” de Tom L. Beauchamp e James F. Childress, 1979, que propõe “certa perspectiva processual à reflexão moral das discussões do campo biomédico,

conhecido como princípalismo ou ética baseada em princípios, um dos mais importantes e paradigmáticos conjuntos conceituais da bioética, e serviu de referencial a uma série de pactuações internacionais acerca da ética em pesquisa.”

Levando-se em conta a especificação da ética derivada do relatório Belmont²¹, o princípalismo fundamenta-se em quatro princípios, considerados *prima facie*, já que não devem ser tomados como absolutos, mas sim corretos “ao mero olhar”: respeito à autonomia, não maleficência, beneficência e justiça. De acordo com o princípalismo, devemos buscar soluções para os problemas e dilemas éticos valendo-se de uma perspectiva de negociação e aceitação, operada pelo conjunto das pessoas envolvidas no processo em questão. (LINS et al., 2015, p. 294).

O fio condutor da discussão proposta por Lins et al. (2015), é a aproximação entre a bioética como campo, e as considerações acerca do trabalho com base em uma moralidade comum sob a vertente dos direitos humanos.

As mudanças tecnológicas e reorganizações histórico-políticas, vem incorporando uma ética empresarial ou deontologia empresarial²². Partem sempre do pensamento das direções executivas gerenciais dessas mesmas instituições, “que talvez fossem melhor definidos como códigos morais ou códigos de conduta. Destinados às empresas, corporações e organizações, esses códigos têm foco de aplicação e operacionalização dos trabalhadores.” Baseadas em valores que são caros aos empresários, criou-se uma estrutura moral que se pretende aplicável a todo mundo do trabalho. (LINS et al, 2015).

Assim como a ética empresarial, ao longo da história, alguns campos tradicionais propuseram-se a analisar determinados aspectos éticos que envolvem o trabalho humano. Entretanto, Berlinguer lança luz sobre o fato de que, devido ao reducionismo, ou até mesmo às implicações políticas conservadoras de alguns desses discursos, a convocação à bioética tornou-se premente para o engendramento de reflexões críticas, dirigidas às moralidades e aos conflitos presentes no contexto do trabalho, abrindo espaço ao protagonismo real dos trabalhadores em tais discussões. Berlinguer indica que os discursos que culpam as vítimas da conjuntura na qual surgem os problemas (trabalhadores, comunidades, meio ambiente, entre outros) serão sempre insuficientes.

Na indicação de possíveis saídas para tais limites, Berlinguer enfatiza a necessidade de se considerar a realidade concreta dos trabalhadores (e não das empresas, nem dos gestores), na medida em que, segundo o autor, tais perspectivas se constituirão em referencial seguro para reflexões e intervenções. (LINS et al., 2015, p. 295).

²¹ United States of America. The Nacional Commission for The Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral research. The Belmont report: ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research, 2012.

²² Lei 12.846/2013, em vigor desde 29 de janeiro de 2014, também conhecida como Lei Anticorrupção ou Lei da Empresa Limpa. Essa lei estabelece que empresas, fundações e associações passem a responder civil e administrativamente, sempre que a ação de um empregado ou representante causar prejuízos ao patrimônio público ou infringir princípios da administração pública ou compromissos internacionais assumidos pelo Brasil. As empresas devem implementar um Programa de Compliance que seja efetivo e proteja seu negócio contra riscos internos e externos. Para tanto, é fundamental uma visão crítica e isenta, que entenda as necessidades e o que melhor se adequa à realidade da sua organização.

A Saúde do Trabalhador tem mostrado positivas proposições e intervenções no mundo do trabalho, mas, segundo os autores, percebeu-se que esse campo passou a defrontar-se com “alguns percalços históricos” que desaceleraram a potência da sua capacidade reflexivo-interventivo. para contribuir no debate de uma série de transformações que vem ocorrendo na sociedade moderna, desde meados do séc. XX, que ocorrem em torno do que se denomina “biotecnociência”.

Aspectos como as técnicas do aprimoramento humano, a expansão sem precedentes da indústria farmacêutica, as novas capacidades de intervenções cirúrgicas, o mapeamento genético, entre inúmeros outros exemplos possíveis de serem elencados estabeleceram e continuam a estabelecer novas configurações ao mundo no qual, queiramos ou não, estamos imersos. (LINS et al., 2015, p. 296).

Os autores defendem o olhar para a biotecnociência com objetivo de analisar as novas configurações que chegam ao campo da Saúde do Trabalhador. Se o problema ético que surge, por ex., de um “modelo de recrutamento e seleção de trabalhadores que adota as características genéticas dos candidatos” como critério para mensurar os custos indesejados à empresa”, por outro lado, deve-se ponderar as possibilidades das biotecnologias possibilitar o “aumento da qualidade e expectativa de vida humana, na relação com o trabalho”.

[...]nossa implicação propositiva para produzir reflexões que, mediante o exercício ético, considerem as metamorfoses que compõem o novo mundo biotecnocientífico do trabalho. Por conta do percurso reflexivo e prático presente no arcabouço da bioética, no que diz respeito às questões que emergem do cenário biotecnocientífico, acreditamos que a interface desse terreno com o campo da saúde do trabalhador poderá oferecer modos reflexivos e interventivos até então inéditos. (LINS et al., 2015, p. 296).

Considerando as perspectivas dos países periféricos, Lins et al.(2015 apud GARRAFA; PORTO, 2003), propõem a divisão dos problemas morais em duas categorias:

- Persistentes: referem-se a questões que contém atravessamentos caros ao campo da bioética, mas que desde muito tempo já estão postos no mundo do trabalho, como por ex.: assédio moral, sexual e racial no contexto do trabalho; deontologias profissionais e seus limites; questão da dupla lealdade dos profissionais de saúde ocupacional; conflito de interesses e influência secundária na aplicação de técnicas gerenciais, pesquisas de clima organizacional e em processos de recrutamento e seleção de trabalhadores; administração de danos e monetarização de riscos nos processos produtivos; dinâmica emprego-desemprego como processo de vulnerabilidade; instituição

de discursos e práticas docilizadoras, destinados a gerar um processo de subjetivação identitária voltado para o trabalho.

- Emergentes: têm como principal característica sua origem, na medida em que essas questões puderam surgir das reconfigurações engendradas pelo cenário biotecnocientífico no mundo do trabalho: aprimoramentos neurocognitivos concernentes ao trabalho; modificações de funções e características corporais voltadas para o trabalho; medicalização da vida em função do trabalho; contratação e avaliação de trabalhadores por meio de screening genético; amputações voluntárias para o implante de membros biônicos com vistas a aumentar o desempenho no trabalho.

O olhar oferecido pelo campo da bioética tem como principal característica, segundo Lins et al. (2015), o fato de colocar sua atenção naqueles que “escapam nas singularidades, naqueles que por definição são postos à margem da chamada curva normal, conforme indica Canguilhem.”

Essas vidas estão inscritas em uma dimensão real e concreta de vulnerabilidades e são constituídas por uma assimetria estrutural ante as relações de produção do capitalismo. Tal assimetria compõe-se por intermédio da produção de “vidas descartáveis”, as quais são apropriadas pelas relações produtivas com a finalidade de objetivar esses homens e mulheres (em sua dimensão singular e específica) como meros instrumentos do lucro e da acumulação – um tipo de vida produzida para ser empregada e, em seguida, descartada. (LINS et al., 2015, p. 300).

Os autores defendem uma bioética para a Saúde do Trabalhador, com o objetivo de dar visibilidade às questões éticas relacionadas “à dinâmica vida-trabalho-saúde”, apostando no seu instrumental, pois “ela retém em seu olhar uma apropriação situada além da pura e simples regulamentação legal de dispositivos destinados a garantir direitos e deveres.”

Lins et al. (2015), colocam como barreiras aos propósitos da bioética em Saúde do Trabalhador: a hegemonia que tenta assegurar a manutenção de uma “ordem opressora para a qual os trabalhadores são meros recursos descartáveis.”

Um exemplo do descaso a que se referem Lins et al (2015), foi o estudo realizado por Maeno (2018). Ao pesquisar oitenta e três laudos de perícias judiciais, a grande maioria realizada por médicos, que tinham como objetivo apoiar a decisão do juiz quanto a avaliação de trabalhadores acometidos por LER/DORT, concluiu que, “apesar de serem peças importantes na decisão judicial, sofrem de carências técnicas essenciais para que atinjam os objetivos pelos quais são solicitados na Justiça do Trabalho.” Mas o fato surpreendente da sua

pesquisa, foi que as carências constatadas não vêm da “falta de formação técnica dos profissionais, pois se constatou que apenas 15,66% dos peritos não tinham especialização em pelo menos um ramo da medicina, cuja interface com os agravos musculoesqueléticos epidêmicos relacionados ao trabalho, vem de longa data, quais sejam: a medicina do trabalho, a medicina legal, perícia médica ou ortopedia.” Foi percebido:

[...] inapetência e distanciamento desses profissionais do contexto de vida e trabalho dos reclamantes, não se deixando contagiar pela necessidade extrema de que se empenhassem em investigar forma de adoecimento e sua relação com o trabalho. (MAENO, 2018, p. 359).

Faz-se necessário o exercício reflexivo crítico a respeito das moralidades que povoam o mundo do trabalho.

CAPÍTULO III

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 QUESTÕES DO ESTUDO

Os desenhos de formação dos profissionais da saúde, assumem um formato, em especial do médico, adequado para fazer frente aos desafios e problemas encontrados no sistema de saúde pública? Quais os impactos das transformações do mundo do trabalho na formação médica? Como programas de Residência Médica em Medicina do Trabalho foram influenciados pelo movimento de desenvolvimento da área/campo de Saúde do Trabalhador? E polos no campo da educação?

3.2 JUSTIFICATIVA

A demanda desse estudo foi a implantação do Programa de Residência Médica no CEREST Piracicaba (Portaria nº 1.248 DE 24/06/2013, MS). Ao assumir esta tarefa, observou-se constrangimentos em torno do que o CEREST Piracicaba, enquanto serviço do SUS e para o SUS, tem como crítica aos modelos da Medicina do Trabalho e Saúde Ocupacional.

Ao se considerar os índices de morbimortalidade por causas externas, o trabalho é um dos principais determinantes do processo saúde-doença no Brasil. É preciso então, intervir nesta realidade. Cabe aos profissionais da saúde, em especial ao médico, estabelecer as relações de nexos entre as condições de saúde da população trabalhadora, e seus adoecimentos relacionados ao trabalho.

A velocidade das mudanças no mundo do trabalho e da criação de novos riscos e perigos, não acompanha a evolução do conhecimento necessário ao controle desses riscos e perigos. Há necessidade então de diminuir esta distância, no sentido de entender essas mudanças e agir nos seus determinantes.

No Brasil a emergência do enfoque de Saúde do Trabalhador, agrega abordagem que exige compromisso político e práticas de saúde de estímulo ao protagonismo dos trabalhadores, em moldes que se contrapõem à formação médica biológica tradicional, ainda hegemônica.

3.3 OBJETIVO GERAL

Analisar a formação do médico em nível de Residência Médica para atuação em na relação saúde-trabalho, à luz das mudanças no mundo do trabalho, mudanças no perfil epidemiológico de agravos à ST, mudanças nas práticas institucionais e de mercado de trabalho no campo; assim como o surgimento/desenvolvimento do campo de Saúde do Trabalhador, com críticas aos olhares das chamadas Medicina do Trabalho e Saúde Ocupacional.

3.4 METODOLOGIA

As pesquisas nas ciências da saúde, geralmente, são desenvolvidas com método quantitativo, lógico, experimental e matemático, que procura a objetividade e a neutralidade, hipotético-dedutivo, replicável e generalizável. As que fogem a esta regra são realizadas geralmente por pesquisadores não médicos ou por aqueles que se debruçam mais sobre os problemas de saúde coletiva, e não exercem diretamente a prática clínica. (TAQUETTE, 2016).

No nosso caso, diante da complexidade que se descortina ao se considerar as múltiplas faces do nosso objeto de pesquisa, apesar da pesquisadora ser médica, buscaram-se categorias que tragam uma carga histórica, cultural, política e ideológica, características que não estão contidas nos números ou dados estatísticos, embora os estudos quantitativos apresentem um “quadro de magnitude e de tendências que as abordagens históricas e socioantropológicas não informam”. (MINAYO, 2014).

O conjunto de técnicas que constitui o instrumental necessário para aplicação da teoria é elemento fundamental para a coerência metódica e sistemática da investigação. (MINAYO, 2014).

Na verdade não existe uma ciência neutra. Toda ciência – embora mais intensamente as Ciências Sociais – passa por interesses e visões de mundo historicamente criadas, embora suas contribuições e seus efeitos teóricos e técnicos ultrapassem as intenções de seus próprios autores. No entanto, as ciências físicas e biológicas participam de forma diferente da ideologia social (por exemplo, na escolha de temas considerados relevantes e outros que são descartados, na escolha de métodos e técnicas há influências econômicas, culturais, etc.) pela natureza mesma do objeto que elas colocam ao investigador. Na investigação social, a relação entre o pesquisador e seu campo de estudos se estabelece definitivamente. A visão de mundo de ambos está implicada em todo processo de conhecimento, desde a concepção do objeto aos resultados do trabalho e à sua aplicação. Ou seja, a relação neste caso, entre o conhecimento e interesse deve ser compreendido com o critério de realidade e busca de objetivação. (MINAYO, 2002, p. 14).

Nesta pesquisa, a pesquisadora tem um acúmulo teórico-prático anterior sobre o objeto de estudo que, ainda que possa ser parcial, teve um peso e exigiu um discernimento e amadurecimento da pesquisadora, no sentido do que Minayo (2014), chamou de:

[...] criatividade do pesquisador. [...] que corresponde a experiência reflexiva, capacidade pessoal de análise e de síntese teórica, memória intelectual, nível de comprometimento com o objeto, capacidade de exposição lógica e interesses. (MINAYO, 2014, p. 45).

Optamos, então, realizar pesquisa qualitativa caracterizada por um estudo exploratório descritivo para analisar a formação médica em Saúde do Trabalhador, na relação com a totalidade de quatro programas de residência médica em Medicina do Trabalho.

O conteúdo exploratório descritivo do estudo sobre a formação médica em Saúde do Trabalhador, foi obtido através das entrevistas dos coordenadores dos programas de residência médica em quatro instituições pesquisadas, que nos últimos dez anos ofereceram residência médica em Medicina do Trabalho, e que constituiu o objeto da nossa análise.

Esquemáticamente, esse momento pode ser pensado como a busca da compreensão da história dos programas, de seus ambientes, das condições políticas ao longo do tempo, das mudanças ocorridas, e de sua inserção na totalidade do ensino aprendizagem, e das práticas específicas na área da Saúde do Trabalhador.

Foi preciso encontrar nos relatos dos coordenadores, o sentido, a lógica interna, as projeções e as interpretações, que levaram, ao mesmo tempo, a uma específica significação cultural, própria do grupo e a uma vinculação que juntou esse grupo a círculos cada vez mais abrangentes e intercomunicáveis da realidade acima.

Segundo Minayo (2002), para efeitos práticos, o processo de trabalho científico em pesquisa qualitativa, é dividido em três fases: fase exploratória, trabalho de campo e análise e tratamento do material empírico e documental.

Reconhecendo que todo conhecimento científico tem um caráter aproximado e provisório, e se dá a partir de outros conhecimentos sobre os quais se questiona, aprofunda ou critica, descreve-se a seguir os procedimentos metodológicos que permitiram identificar os projetos de formação dos programas estudados.

3.4.1 FASE EXPLORATÓRIA

O recorte histórico desse estudo para a discussão da relação saúde-trabalho na formação médica no Brasil, foi considerado a partir do fim do século XX e início do século XXI.

A construção do marco teórico conceitual que permitiu delimitar a discussão desse projeto de pesquisa, já descrito na introdução, se deu através das seguintes referências:

- Medicina Social Latino Americana (Laurel);
- Modelo Operário Italiano;
- Institucionalização da Saúde do Trabalhador no SUS, considerando:
 - ✓ as abordagens de Vigilância à Saúde do Trabalhador como definidas por Firpo, 1997; Paim, 1998; Lacaz, 2007;
 - ✓ implantação da Educação Permanente como prática de ensino-aprendizagem na Saúde Coletiva, como apontada por Medeiros, 2015;
 - ✓ a conjuntura política-social das duas primeiras décadas do séc. XXI que influenciaram a configuração de um novo cenário no mundo do trabalho, portanto, na formação em Saúde do Trabalhador, segundo Antunes (2009; 2011; 2015) e Krein; Colombi (2019).

3.4.1.1 A LITERATURA SOBRE A FORMAÇÃO MÉDICA EM SAÚDE DO TRABALHADOR

A fim de manter um diálogo reflexivo entre outras fontes do conhecimento e o objeto de pesquisa, foi feita revisão bibliográfica sistemática dos últimos cinco anos sobre o tema, abrangendo artigos em português, inglês, francês e espanhol, publicados no período de 2012 a 2017.

A busca foi realizada durante 08/2017, com a colaboração de responsável da Biblioteca da Faculdade de Medicina de Botucatu, que incluiu as bases de dados Pubmed, Web od Science e Scopus.

Os descritores/palavras chave e seus sinônimos foram selecionados previamente em listas da base de dados disponíveis da Biblioteca Virtual em Saúde – BVS/BIREME, segundo quadro abaixo:

PALAVRAS CHAVE/ DESCRITORES	SINÔNIMOS/E/OU
Formação Médica	Médico, médicos, physicians
Saúde do Trabalhador	Saúde dos Empregados, Saúde dos Trabalhadores, Salud Laboral, Occupational Health
Médico do Trabalho	Médicos do Trabalho, Medicina do Trabalho, Médicos Laborales, Occupational Health Physician, Occupational Health Physicians
Saúde Ocupacional	Occupational Health
Avaliação em Saúde	Health Evaluation

Foram encontradas 665 publicações através do refinamento pelas palavras chave e/ou descritores nas bases de dados citadas. A maioria dos estudos veio da Europa Ocidental e leste da Ásia. A análise bruta permitiu a exclusão de títulos que não estivessem nos idiomas pré-estabelecidos.

Após análise atenta dos títulos pela pesquisadora, estes foram classificados em categorias pré definidas, as quais foram reagrupados em seguida. Foram excluídos 606 títulos, sem relevância para o estudo.

Foram incluídos artigos que preencheram os seguintes critérios:

- Disponibilidade do resumo na base de dados;
- Inclusão de médicos do trabalho na amostra;
- Estudos sobre educação médica em Saúde e Segurança Ocupacional;
- Estudos sobre tomada de decisão em Saúde Ocupacional;
- Estudos sobre conflitos de natureza ética e de competências em Medicina Ocupacional;
- Vigilância e Legislação em Saúde Ocupacional.

Foram excluídos artigos nos seguintes casos:

- Indisponibilidade do resumo na base de dados;
- Inclusão de profissionais não médicos na amostra;
- Estudos sobre gestão da Medicina do Trabalho;
- Discussões peculiares sobre legislação, perícia médica e vigilância;
- Treinamentos em Saúde Ocupacional incluindo EaD;

- Instrumentos digitais de gestão ou de diagnóstico das doenças relacionadas ao trabalho;
- Estudos comparativos de conflitos e/ou de competências entre médicos do trabalho e profissionais médicos de outras especialidades ou não médicos.

Dos 59 artigos restantes, de potencial relevância para a discussão da “Formação Médica em Saúde do Trabalhador”, o número de artigos voltados para este tema, foi decepcionantemente baixo.

Apenas cinco artigos discutiram a formação médica, destes, apenas um mostrou-se importante para leitura na íntegra, os demais não entraram nos critérios de elegibilidade para o estudo. Foram eles:

- Bazas, et al. (2013), realizaram um interessante estudo sobre educação em Saúde Ocupacional para alunos do ensino médio em uma escola na Grécia, em 2013, utilizando competição fotográfica referente à proteção da saúde no trabalho, como ferramenta para desenvolver cultura de prevenção de riscos.
- Dois estudos realizados no Japão, um por Horie (2013), que resgata o percurso histórico da criação dos serviços e da legislação em formação médica em Medicina do Trabalho, e discute a certificação desses profissionais, concluindo que deve-se fortalecer a experiência dos médicos em saúde ocupacional nesse país, recomendações sobre a reorganização do arcabouço legal das ações nessa área, entre outras. Outro estudo realizado por Nakamura e Hachisuka (2013), discute a formação médica em Saúde Ocupacional em nível de pós graduação, concluindo que é necessário que os programas de financiamento e residência de pós graduação façam uma análise mais aprofundada desses programas.
- Basu et al (2016), estudaram a inclusão de ensino teórico-prático em Medicina do Trabalho, optativo para estudantes de medicina no último ano do curso de graduação numa escola do Reino Unido. Dos 250 alunos no curso em 2014, 80% optaram pela disciplina e, segundo os autores, adquiriram habilidades para identificar prevenção de doenças, avaliação no local de trabalho e avaliação de risco.
- Dijk, et al (2015), fizeram revisão bibliográfica de avaliações em educação em segurança e saúde ocupacional, realizado em 2015 na Holanda, com

objetivo de inspirar economias em desenvolvimento. Foram levantados 121 estudos relevantes e 6 revisões Cochrane. Mostrou que o número de estudos sobre o tema foi muito baixo, a maioria deles realizados em países de alto nível sócio-econômico. Mais comumente foi analisada a educação dos trabalhadores e não a educação de estudantes, supervisores ou profissionais de SST.

No geral, mais expressivamente depois de 2015, os artigos discutiram questões relacionadas à prática da Medicina do Trabalho por médicos não especializados; a competência do médico do trabalho, considerando a cooperação e o conflito entre ele e os de outras especialidades, principalmente o clínico geral, médico perito e médico de saúde da família; uso de ferramentas digitais para gerenciamento da Saúde e Segurança em empresas, e estudo de casos de doenças ocupacionais e telemedicina em Saúde Ocupacional.

Alguns artigos de interesse foram excluídos porque, apesar dos resumos estarem em inglês, os textos publicados estavam em idiomas explicitados como de exclusão na pesquisa. Foi o caso de autores japoneses, alemães e italianos.

Destaca-se a inclusão de um artigo, além daquele sobre revisão bibliográfica citado para leitura integral, por ser pertinente ao tema estudado.

Quadro síntese: artigos selecionados e lidos na íntegra, segundo autores, ano de publicação, amostra do estudo e assunto:

Autores/ano de publicação	Amostra do estudo	Assunto
Dijk et al. (2015)	121 artigos selecionados	Revisão bibliográfica sobre educação em SST
Poussin, N.; Miossec, Y. (2015)	05 médicos do trabalho	Tomada de decisão em Saúde Ocupacional

Porém, após a leitura dos dois artigos, verificou-se que: no primeiro a metodologia aplicada incluía profissionais da saúde e não médicos do trabalho, sendo então excluído; o segundo tratava da auto confrontação de atitudes de médicos, para análise na abordagem da Clínica da Atividade, o que não era pertinente ao estudo.

A revisão bibliográfica permitiu observar as tendências dos artigos desenvolvidos em outros países sobre a relação saúde trabalho, e permitiu concluir que há um predomínio de

estudos sobre outros temas, como os descritos acima, mas existe uma lacuna de estudos sobre a formação médica em saúde ocupacional.

3.4.1.2 Definição da amostragem

Segundo Minayo, “a pesquisa qualitativa não se baseia no critério numérico para garantir sua representatividade”. Uma boa amostragem, nesse caso, é a que permite uma abrangência o mais ampla possível do problema investigado, envolvendo suas múltiplas dimensões.

A Saúde do Trabalhador não é considerada uma especialidade médica pelos seus órgãos de representação, como foi discutido na introdução desse estudo, assim, desde 2003, a especialidade que estuda a relação saúde-trabalho no Brasil, é denominada Medicina do Trabalho.

Nesse contexto, propôs-se realizar análise dos cursos de pós graduação *lato sensu* na área, seus programas curriculares e planos de ensino vigentes na residência médica ou nos cursos de especialização, em escolas com importância histórica na Medicina do Trabalho e que nos últimos dez anos tenham oferecido residência médica ou cursos de especialização em Medicina do Trabalho.

Através desse critério, foram identificadas cinco escolas, localizadas em três estados diferentes, quatro na região sudeste e uma na região nordeste. Buscaram-se informações nos sites institucionais, onde nos certificamos dos respectivos coordenadores dos programas.

O contato com os coordenadores, inicialmente foi estabelecido a partir dos seus emails. Dos cinco programas selecionados apenas um não respondeu, mesmo após uma certa insistência. Ficamos então, com quatro programas.

3.4.1.3 Coleta de dados

Após confirmação do aceite, foi encaminhada por email para cada coordenador, carta convite com resumo do projeto de pesquisa, declaração institucional de participação no estudo para registro do projeto na Plataforma Brasil e avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Medicina de Botucatu, e a solicitação de material de interesse para atingir os objetivos do estudo.

Também foram realizadas entrevistas semiestruturadas com base em um roteiro idealizado/elaborado pelos autores deste estudo. Foi feito um pré-teste do questionário com professora aposentada do Departamento de Saúde Pública da Faculdade de Medicina de Botucatu, cujas observações foram relevantes para a finalização do mesmo.

Após essas etapas, o roteiro foi enviado antecipadamente por e-mail, aos quatro coordenadores dos PRMMTs, com o propósito de verificar a análise crítica das questões colocadas e fazer sugestões, se assim achassem necessário. Não houve por parte dos entrevistados qualquer sugestão ou crítica quanto a esta ferramenta.

Segundo Minayo (2014), as entrevistas semi-estruturadas compostas por perguntas abertas, dão a possibilidade ao entrevistado de discorrer sobre o tema em questão, fornecendo dados objetivos e subjetivos sobre o que se quer pesquisar.

Assim, o roteiro foi estruturado de modo a explorar aspectos quanto à formação do médico nessa área, identificar o perfil dos programas de residência médica, a história do curso, inicialmente com questões abertas não direcionadas. Num segundo momento, foram apresentadas algumas questões explorando temas específicos. Procuramos deixar o entrevistado à vontade para retornar às respostas dos temas abordados. Também não houve limites de espaço ou tempo para as respostas, tanto escritas quanto discursivas.

O roteiro foi constituído de seis itens:

I - Identificação do entrevistado,

II - Aspectos referentes à regularização institucional da especialização (14 subitens);

III - Aspectos gerais do curso (8 subitens);

IV - Conteúdo programático, estratégias didáticas pedagógicas e avaliação (5 subitens);

V - A formação e seus conflitos (3 subitens).

VI - Opinião do entrevistado sobre a formação profissional para atuação no campo da saúde e trabalho no Brasil.

3.4.2 Trabalho de campo

Segundo Deslandes (2002), no trabalho de campo o procedimento mais usual, é a entrevista onde o pesquisador procura obter informes contidos nas falas dos atores sociais.

Ela não significa uma conversa despreocupada e neutra, uma vez que insere como meio de coleta de fatos relatados pelos atores, enquanto sujeitos-objeto da pesquisa

que vivenciam uma determinada realidade que está sendo focalizada. Suas formas de realização podem ser de natureza individual e/ou coletiva. (DESLANDES, 2002, p. 31).

Como recurso de registro das entrevistas, utilizamos, com a autorização dos entrevistados, gravações e anotações. Apesar da solicitação antecipada do material documental, ele só foi cedido durante as entrevistas por dois coordenadores. As documentações solicitadas foram as cópias dos programas e planos de ensino atuais. Pretendeu-se, assim, proceder ao estudo comparativo sobre as concepções do conteúdo programático, disponibilidade para atividades práticas, carga horária, abordagem sindical e avaliação de aprendizagem. A fim de preservar a identidade dos entrevistados, os nomes referidos nas entrevistas são fictícios.

As entrevistas com os coordenadores foram realizadas pela pesquisadora nas respectivas instituições de ensino. Para isso, foram utilizados recursos financeiros para mobilidade discente oferecido pela UNESP (edital 12/2017-PROGPG).

Os recursos obtidos permitiram o deslocamento da pesquisadora para dois estados distantes do local de sua residência, onde foi possível realizar duas das quatro entrevistas, visto que as demais foram de fácil acesso e não houve necessidade deste auxílio financeiro. As entrevistas foram agendadas através de contato telefônico e confirmadas por email, com antecedência.

Para manter o sigilo dos coordenadores e instituições que colaboraram com o estudo, as entrevistas serão designados como (Programa de Residência Médica) PRM I, PRM II, PRM III e PRM IV, segundo a sequência na qual ocorreram, e os nomes dados aos coordenadores são fictícios.

PRM I

A primeira entrevista realizada, PRM I, ocorreu em março/2018, no período da manhã, com duração de 2h30min. Gentilmente a coordenadora se dispôs a pegar a pesquisadora no hotel, quando então nos conhecemos, e fomos a uma sala da área de recursos humanos da Universidade, onde pudemos formalizar a nossa entrevista.

No decorrer do tempo, passamos a um diálogo mais espontâneo, apoiado pelo roteiro, com troca de impressões e esclarecimentos sobre a formação médica em saúde do trabalhador, nessa instituição. Foi possível também, receber material sobre a grade curricular do programa, relatórios, instrumentos de avaliação aplicados, que complementaram as informações para a pesquisa.

PRM II

A entrevista com a coordenadora do PRM II foi realizada na própria instituição do programa, localizada num estado da região sudeste. A entrevistada era conhecida da pesquisadora de encontros em eventos, mas seu acolhimento e disposição em conceder a entrevista foram surpreendentes, e permitiram um diálogo sincero e aberto.

A coordenadora recebeu também, o roteiro com antecedência, por email. Em decorrência de sua agenda, tivemos dois encontros, um no dia 11/04/2018 e outro em 24/04/2018, com 1h30min de duração cada um. Além dessas datas, mantivemos diálogo telefônico, em função de algumas dúvidas que surgiram durante o estudo da entrevista.

PRM III

A outra entrevista realizada com os recursos do edital 12/2017-PROGPG, PRM III, ocorreu em junho/2018, no período da manhã, no ambulatório do Centro de Estudos em Saúde do Trabalhador da Universidade, um dos primeiros núcleos formadores no Brasil. A pesquisadora não conhecia previamente o coordenador. Foi mantido contato telefônico apenas, mas se dispôs gentilmente a nos receber.

Seguimos as formalidades para a gravação de áudio da entrevista e durante 2h ele falou sobre sua inserção como coordenador, as mudanças em curso na estrutura do programa e seus impactos para o curso do PRM MT, mesmo antes da sua coordenação, e as dificuldades em manter um programa dessa natureza na atual conjuntura político-social do nosso país.

Como a entrevista ocorreu fora das dependências do Programa da Residência Médica, o coordenador não conseguiu fornecer o material documental sobre o programa, se comprometendo a enviar por email.

O auxílio financeiro para essas entrevistas que exigiram um deslocamento maior da pesquisadora, foi muito importante, pois garantiu a autenticidade dos depoimentos, o sentir as condições e as pessoas que foram entrevistadas, o que muito contribuiu para o desenvolvimento da pesquisa.

PRM IV

O contato com o PRM IV, localizado também na região sudeste, ocorreu inicialmente por email, e seguiu todos os procedimentos das entrevistas anteriores. Alguns professores vinculados ao programa já eram conhecidos da pesquisadora, mas não a

coordenadora, com a qual manteve-se um diálogo via email ao enviarmos o roteiro, que foi respondido e devolvido, também por email.

Para o agendamento da nossa entrevista, foi necessária a mediação do coordenador do curso de graduação da instituição. Ficou combinado então, para junho/2018, no período da tarde. Porém nessa data e horário, a coordenadora teve que se ausentar para atender uma intercorrência e a entrevista foi então realizada com o coordenador do curso de graduação, também vinculado ao programa de residência médica, na instituição desde 1989. No final da entrevista a coordenadora retornou e fizemos a solicitação do material documental, o qual ficou de ser enviado por email.

3.4.3 ANÁLISE DOS DADOS

A operacionalização metodológica da análise exploratória descritiva do nosso estudo, ocorreu em algumas etapas:

1. A transcrição das gravações de áudios dos entrevistados foi feita com auxílio de profissional com experiência nessa técnica, vinculado ao Departamento de Saúde Pública da Faculdade de Medicina de Botucatu. Essas transcrições foram lidas exaustivamente pela pesquisadora, concomitantemente à escuta das gravações, a fim de entender a entonação de voz, a forma de expressar e o sentido das falas, muitas vezes não captadas pelas transcrições.
2. Como o roteiro era semiestruturado e com questões abertas, a partir das transcrições, as entrevistas dos coordenadores foram descritas de forma mais ordenada, priorizando os temas das perguntas formuladas. Assim, foi possível definir as características essenciais do universo pretendido, os critérios de escolha dos temas e a pertinência das respostas para atingir os objetivos propostos.
3. Descrição dos conteúdos das entrevistas de forma a alcançar o núcleo de compreensão do texto.
4. Análise do material documental foi discutido durante a descrição das entrevistas, visto que só conseguimos documentação de dois programas.
5. Material entregue pelos programas:

PRM I:

- Planejamento das atividades para os residentes na FUNDACENTRO em 2018.
- Relatório de dados do processo de credenciamento à CRNM em 2017.
- Manifestação da relatoria da CNRM pós visita em 2017 (exigências e adequações).
- Resolução nº 2/2006 do ME/SSE – pré requisitos mínimos para os PRMs.
- Termo de Ciência assinado pelo aluno ao ingressar no PRM I.

PRM II

- Missão da instituição.
- Relatório de dados do processo de credenciamento na CNRM em 2013.
- Manifestação da relatoria da CNRM pós visita em 2013 (credenciamento e aumento de vagas).
- Catálogo de programas de residência médica em MT em 2017.
- Programação do R1 em 2018.
- Escala de estágios dos residente.
- Modelo de avaliação dos residentes pelos preceptores externos.
- Relatório de avaliação docente em 2016.
- Relatório da avaliação discente em 2016.
- Resumo do relatório da avaliação cruzada.
- Programa da aprendizagem por competências.
- Avaliação do grau de segurança dos residentes na aprendizagem por competências.

3.4.4 ASPECTOS ÉTICOS

Foram observadas as normas de pesquisa envolvendo seres humanos, conforme resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde com ênfase ao respeito e autonomia das

pessoas e para a obtenção de consentimento livre e esclarecido (TCLE) dos entrevistados, e a garantia da confidencialidade e privacidade das informações.

Com base nos documentos registrados na Plataforma Brasil, o projeto foi aprovado, e foi emitido o parecer consubstanciado nº 3.430.254 do Comitê de Ética à Pesquisa – CEP, da Faculdade de Medicina de Botucatu.

Espera-se que a pesquisa mostre a importância da abordagem do ensino na formação do profissional médico, para a tomada de decisões na relação saúde-trabalho, se existem ou não contradições nos aspectos legais e normativos das diversas instituições, as mudanças ocorridas em conteúdos, práticas oferecidas, composição do corpo docente e compreender aspectos associados às origens de tais mudanças.

CAPÍTULO IV

4 RESULTADOS

4.1 Perfil dos entrevistados

Dos Coordenadores:

Foram entrevistados quatro coordenadores de residências médicas, duas do sexo feminino; a idade variou entre 37 e 57 anos. A relação de vínculo com as instituições de ensino: uma professora associada, uma docente, um supervisor e outro professor instrutor. O tempo no cargo e na instituição foram coincidentes e variou entre um e vinte anos.

Dos Professores:

Foram entrevistados seis professores, três do sexo feminino, a idade variou entre 53 e 81 anos. Os vínculos com as instituições de ensino: dois professores associados, uma voluntária, um titular aposentado e dois aposentados. Tempo no cargo variou entre quarenta e três anos e sete anos; e o tempo na instituição de 43 a 11 anos.

4.2 Regularização institucional dos PRMMT no CNRM

A Resolução nº13 de 08/04/2019 do Ministério da Educação/Secretaria de Educação Superior, aprovou a matriz de competências dos Programas de Residência Médica em Medicina do Trabalho, e tornou obrigatório o uso da matriz para os programas que se iniciarem a partir de 1º de março de 2020.

Esta resolução inova ao propor a formação médica *“sem prescindir do componente arte, envolvendo a percepção, reflexão, crítica e o juízo moral em cada decisão, para atenção integral à saúde dos trabalhadores, em nível individual e coletivo.”* (DOU, 2019).

Assim, traz a obrigatoriedade dos programas discutirem as questões sobre profissionalismo ou de juízo moral, além de desenvolverem habilidades para formulação e implementação de políticas e gestão integrada de Saúde, Segurança do Trabalho e Ambiente (SSA).

Apesar do programa mínimo para a Residência Médica em Medicina do Trabalho, definido pela Resolução CNRM nº 02/2006 de 17 de maio de 2006, estar revogado

reproduziremos seu conteúdo no anexo I desta tese, em razão dela ter fundamentado os programas avaliados no nosso estudo.

Os quatro programas são oriundos das áreas de conhecimento de Saúde e Trabalho nos Programas de Residência Médica em Medicina Preventiva e Social ou Saúde Coletiva, antes do reconhecimento da Medicina do Trabalho como especialidade médica em 2003.

Pelo período do ciclo avaliativo do CNRM, observa-se que os programas PRM 1, PRM 2 e PRM 3 foram credenciados no mesmo período, o PRM 4 foi credenciado mais recentemente.

As visitas da CNRM ocorrem no final de cada ciclo avaliativo do programa. O intervalo entre um ciclo e outro varia de acordo com o tempo de existência do programa, o primeiro ciclo ocorre após dois anos do credenciamento, o segundo após três anos, e assim sucessivamente. Nessas visitas, além da avaliação de documentos que são exigidos, como ata de reuniões dos coordenadores, registros das reuniões científicas, carga horária da grade curricular etc., é feita uma reunião apenas com os residentes para registrar a percepção dos mesmos sobre o programa e as queixas trazidas por eles.

Quando algumas questões estão fora do que foi estabelecido pelo CNRM, são feitas exigências que têm que ser corrigidas num prazo estipulado, sob pena do programa ser descredenciado pela comissão.

Observa-se também que o Projeto Político Pedagógico – PPP, dos programas têm a mesma matriz, ou seja, partem de um projeto mínimo de conteúdos estabelecidos pelo CNRM. No caso da Medicina do Trabalho, esse conteúdo é o mesmo desde a sua criação, em 2003. Não é exigido pré requisito para a formação em Medicina do Trabalho, ao contrário, por ex., da especialização em Gastroenterologia, onde o médico residente permanece um ano na Clínica Médica para depois ingressar na especialidade.

Observa-se diminuição das vagas ofertadas nos PRM I e PRM III, um aumento no PRM II e sem alteração no PRM IV. Essas variações estão justificadas nos conteúdos das entrevistas e refletem as dificuldades e facilidades enfrentadas por cada programa ao longo da sua história.

Quadro 1 - Síntese da identificação acadêmica dos coordenadores

IDENTIFICAÇÃO	PRM I	PRM II	PRM III	PRM IV
Inserção na área	Medicina Preventiva área de concentração Saúde do Trabalhador	Especialista pela ANAMT e Doutora em Medicina do Trabalho pela USP	Doutor em Medicina, cedido pela Secretaria de Saúde do Estado onde exercia função de Assessor do Secretário	Mestre em Saúde Pública e Especialista em Pneumologia Ocupacional
Áreas de Interesse	- Gestão de Hospitais Universitários - Ciências Humanas: Sociologia e Política - Saúde, Trabalho, Violência e Prevenção	- Saúde do Trabalhador - Saúde Ambiental - Promoção da Saúde - Saúde Pública - Inclusão Social de PcD - Gestão Integrada de SST	- Saúde coletiva com ênfase em Saúde do Trabalhador - Saúde do Professor - Condições de Trabalho e Saúde do Educador	- Pneumoconioses - Asma Ocupacional - Pneumonia e Tisiologia - Pneumopatias Ocupacionais - Saúde do Trabalhador
Vínculo atual com a instituição	Diretora Geral do Hospital das Clínicas	Coordenadora do Departamento de Saúde Coletiva	Coordenador do Programa de Residência em Medicina do Trabalho	Coordenador do curso de Graduação de Medicina do Trabalho da Faculdade de Medicina

Fonte: Currículos obtidos através da Plataforma Lattes em 2018.

Quadro 2 – Quadro comparativo da Regularização dos Programas de Residência Médica no CNRM

Crítérios comparativos	PRM I	PRM II	PRM III	PRM IV
Autorizado pelo CNRM	SIM	SIM	SIM	SIM
Relação com CNRM/COREME/MEC	CNRM/ visitas	COREME/ reuniões mensais	COREME/ reuniões mensais	COREME/ reuniões mensais
Período do ciclo avaliativo do PRM (anos)	05	05	05	03
Exigências da CNRM ao PRM	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
Indicação do coordenador para compor o Banco Público de Avaliadores de RM	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
Metodologia de aferição da qualidade do programa	Visitas CNRM, conversa com alunos	Auditoria COREME, avaliações individuais dos alunos	Visitas COREME, conversas com supervisores e alunos	Visitas COREME e avaliação individual
Projeto Político Pedagógico do PRM foi avaliado pelo CNRM	Resolução do ME de 2006	Resolução do ME de 2006	Resolução do ME de 2006	Resolução do ME de 2006
Nº de vagas ofertadas para PRM	04 para R1 (eram 16)	03 para R1 (eram 2)	02 para R1 (eram 7)	03 para R1
Nº de alunos no PRM atualmente	07 (4R1 e 3R2)	07 (3R1, 3R2 e 01 Intercambista)	03 (2R1 e 1R2)	05 (3R1 e 2R2)
Quantos alunos são bolsistas do ME	Todos	01 do ME, 01 da SES, 01 da Instituição	Todos	Todos
Nº de alunos que se desligaram do PRM antes do término	01	Nenhum	02	01
Estudo sobre o perfil dos egressos	SIM	NÃO	NÃO	SIM

Fonte: ME: Ministério da Educação, SES: Secretaria Estadual de Saúde

4.3 O individual e o coletivo nos PRMMT: análise temática das entrevistas dos coordenadores

O objetivo aqui é apresentar os resultados das entrevistas dos quatro coordenadores dos PRMMT, e entender a formação médica em Saúde do Trabalhador a partir das vivências, críticas e colocações feitas por eles. Para abordagem dessas entrevistas definimos três eixos temáticos, a partir do roteiro aplicado.

O primeiro eixo temático foi sobre os “Conteúdos programáticos, estratégias didáticas pedagógicas e avaliação dos discentes”; o segundo “Aspectos gerais do curso e as representações sociais dos coordenadores”; e o terceiro “A formação e seus conflitos”.

A categorização dos temas procurou fragmentar os discursos em ideias objetivas e abstratas das entrevistas, num primeiro momento individualmente, para depois obter um olhar concreto, real e empírico, que nos permitiu analisar de forma mais ampla os Programas de Residência Médica em Medicina do Trabalho/Saúde do Trabalhador.

As entrevistas foram muito ricas, ultrapassaram os limites do roteiro, emergindo assim conteúdos de análises sem correspondência objetiva com as questões colocadas pelos autores, principalmente nos dois últimos eixos.

4.3.1 CONTEÚDO PROGRAMÁTICO, ESTRATÉGIAS DIDÁTICO-PEDAGÓGICAS E AVALIAÇÃO DOS DISCENTES

4.3.1.1 Processo Seletivo

Todos os programas de residência médica estão subordinados às regulamentações do MEC, inclusive o da Medicina do Trabalho, portanto a prova de seleção para ingresso nos PRMMT ocorre a nível nacional, com os mesmos princípios: prova teórica com cem questões sobre áreas de formação básica. No geral, as questões de Saúde do Trabalhador são feitas junto com as de Saúde Coletiva pelo Departamento de Medicina Preventiva, e são divididas entre Epidemiologia, Planejamento e Gestão de Serviços.

Até o ano 2000, havia uma segunda parte do processo seletivo, que valia 10% dessa avaliação, era uma entrevista, que no fundo, segundo a coordenadora do PRM I, Regina, procurava uma certa identidade do candidato com a especialidade, com a área ou com a saúde pública. Isso foi um problema nacional, recebeu muitas acusações de seleção ideológica e de favorecimento. Então, a entrevista deixou de fazer parte do processo seletivo, por causa da

subjetividade que de fato existia, e hoje se tem um cenário que, sob certo aspecto, é mais complicado que a primeira década dos anos 2000, que é a enorme judicialização dos processos seletivos.

A entrevista foi substituída por uma análise de currículo, que também gerou problemas. Um Barema usado para avaliação é uma confusão, segundo a coordenadora, e acaba privilegiando um perfil mais acadêmico, se o candidato tem publicação, se tem monitoria, e fica difícil selecionar o perfil da pessoa vocacionada, a não ser pelas notas na prova nas disciplinas de saúde pública e saúde coletiva, ou por ela ter feito um trabalho de extensão, ou participar da liga de saúde coletiva. Mesmo assim, existe dificuldade porque não são os preceptores da área que analisam os currículos dos seus candidatos, é uma comissão supra especialista na tentativa de garantir uma certa isenção nesse processo.

A coordenadora do PRM II, Sandra, esclarece que os cinco Programas de Residência Médica do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da instituição, são coordenados por Sandra. A prova de seleção para o PRM-II é realizada então, independentemente do programa para Saúde Coletiva. De acordo com o reconhecimento das especialidades médicas, a residência é de acesso direto em Medicina do Trabalho e não Saúde do Trabalhador.

Nos últimos dois anos não houve alunos desistentes, mas é sempre uma preocupação para a coordenação nos três primeiros meses, pois os alunos tem pouco contato com a área durante a graduação. Eles chegam com expectativas muito distorcidas, alguns não se matriculam após a entrevista. É permitido ao aluno entrevistar a coordenadora para alinhar essas expectativas. Quem se matricula não vai para o programa enganado.

...eles entram muito ansiosos, então tem um cara que entra assim “eu quero aprender gestão”, “quem disse que você vai aprender gestão no primeiro trimestre do R1, você só vai fazer gerenciamento de uma coisa que você já sabe fazer”, então às vezes tem um pouco dessa impaciência de passar por todo o processo, mas desistência a gente não tem. Agora a entrevista ajuda a não ter desistência.

O processo seletivo do PRM III segue as determinações do CNRM, a seleção para a residência é unificada com a rede do SUS, é uma prova única para todos os residentes. Não existe também, processo de seleção através de entrevistas.

Segundo o coordenador, se por um lado se corre o risco de ter residentes que desistem, por outro se evita o que havia antes, muitas denúncias pelas escolhas dos candidatos mais próximos da Universidade. Eliminou-se esse problema, isso acontecia muito em São

Paulo. Se houvesse uma prova específica, numa segunda etapa, possivelmente daria para filtrar melhor os candidatos.

No PRM IV, na seleção dos residentes, após a prova é feita uma entrevista explicando como funciona o PRM IV: 1) o curso de especialização à noite; 2) não ter outra atividade de trabalho durante o horário da residência, embora eles trabalhem em outros lugares nos finais de semana para completar a bolsa da residência. Os alunos recém-formados geralmente fazem a residência na faculdade, porque no final do R2 já saem bem empregados, seja na iniciativa privada ou nos serviços.

Segundo Roberto, são oferecidas três vagas, através de concurso, para R1 e automaticamente eles passam para o R2. Mas, nos últimos dois anos a nota de corte foi muito alta, e foram preenchidas apenas duas vagas. Atualmente o programa conta com dois R1 e dois R2, todos são bolsistas do MEC, não há qualquer outra contrapartida de recursos da faculdade ou de outra instituição.

Desde que iniciou a residência, apenas dois alunos desistiram antes de completar o programa. Um recebeu uma proposta de trabalho e outro por questões financeiras.

Outra particularidade desse programa é que residentes em Medicina do Trabalho de outro hospital-escola, também adquirem o conhecimento teórico junto ao curso de especialização da Faculdade de Medicina/PRM IV.

4.3.1.2 Conteúdo Programático

No geral, os programas seguem as determinações mínimas da grade curricular definida pela CNRM para a Medicina do Trabalho. No primeiro ano os alunos exercem atividades teórico-práticas desenvolvidas nas próprias instituições. No segundo ano os residentes acompanham as atividades teóricas do R1, além de outras atividades teóricas oferecidas por instituições/eventos externos, e as atividades práticas são realizadas nas instituições públicas relacionadas à Saúde do Trabalhador, aquelas onde os coordenadores conseguem se articular, e em empresas privadas onde os egressos dos programas mantêm vínculo de trabalho, e passam a ser os preceptores dos residentes estagiários. Todos os programas oferecem estágios opcionais, que podem ocorrer em programas de outros estados ou em outros países, articulados com os próprios programas ou pelos residentes.

Com exceção do PRM IV, todos os demais programas desenvolvem atividades teóricas junto aos cursos de pós-graduação *Stricto Sensu*.

Apesar de todos terem uma base comum, existem peculiaridades em cada um dos programas. As que chamaram mais a atenção: o PRM II abre vagas para alunos de outros países, através de convênios institucionais; e os residentes do PRM IV tem toda parte teórica junto ao curso de especialidades da faculdade, que é oferecido na própria instituição. Após o R1 os alunos só não são especialistas em Medicina do Trabalho, porque ainda não cumpriram a carga horária das atividades práticas.

4.3.1.2.1 R1

No PRM I, nas três primeiras semanas os residentes tem uma formação teórica introdutória. Inicialmente uma programação padrão para todos as especialidades, planejada pelo hospital, como por ex. o básico sobre o SUS, pois o hospital é totalmente regulado pelo sistema único de saúde, metas de segurança do paciente, um conteúdo mais global da instituição. Inicialmente se faz uma discussão sobre anamnese ocupacional, sobre competências e as formações teóricas mais curtas com cada preceptor sobre vigilância, saúde mental e trabalho, pneumopatias relacionadas ao trabalho.

No primeiro ano da residência, os alunos ficam basicamente no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador da Faculdade de Medicina, um serviço especializado de saúde do trabalhador que já foi estadual, mas o convênio com o estado acabou e hoje é um serviço especial de saúde do trabalhador da faculdade.

Os residentes ficam a maior parte do tempo nesse centro de referência, com atividades nos ambulatórios de patologia geral do trabalho, trabalhador rural, dermatite ocupacional, distúrbios do sono, ambulatório de saúde mental e trabalho e de pneumopatias relacionadas ao trabalho, pois a região tem muita mineração, com muitos trabalhadores com silicose e asma ocupacional. O CEREST desenvolve um projeto especial que é Saúde de Músicos, que na verdade atende mais artistas de performance.

Outro local de prática, é o hospital onde eles desenvolvem atividades de outras especialidades que são importantes no dia a dia do médico do trabalho, como ortopedia de mão, ortopedia de coluna, ortopedia de ombro e de joelho. Passam pelo ambulatório de reumatologia, importante para fazer o diagnóstico diferencial de distúrbios osteomusculares.

Passam também, pelo Pronto Socorro Oftalmológico do Hospital das Clínicas, que é o único da região metropolitana, fica aberto 24 horas e atende muito trauma ocular de origem ocupacional. O serviço de dermatologia do Hospital das Clínicas é uma referência e é

um dos poucos que fazem testes dermatológicos na cidade. Nesse serviço eles aprendem a fazer o diagnóstico inicial de lesão dermatológica e aplicam os testes.

No primeiro ano, os residentes também fazem o estágio de Vigilância à Saúde do Trabalhador no atual CEREST estadual, que tem dois núcleos. A Faculdade de Medicina não tem vigilância, nem o Hospital e todos os servidores são do setor público federal. Não têm a prerrogativa de autoridade sanitária municipal. Esta prática então é desenvolvida com os profissionais de um dos núcleos dos centro de referência de saúde do trabalhador.

Além de conhecer a patologia do trabalho, os residentes têm de conhecer o ambiente de trabalho, mas isso hoje só é possível quando atrelado à vigilância. No passado havia uma estratégia de visitas semanais às empresas de todos os ramos de atividade. Era uma tarefa que o coordenador ou preceptor ajudava, mas a logística dessa prática se tornou muito difícil, ou seja, conseguir o acesso às empresas. Diante disso, as atividades de vigilância foram concentradas no CEREST. Hoje eles vão aos ambientes de trabalho com a finalidade de organizar atividade de vigilância. No passado era fundamentalmente uma atividade para ele entender o processo produtivo, como é o processo de trabalho na indústria têxtil? Como é em uma indústria siderúrgica, como é em um “call center”.

Para Regina, desenvolver atividade de vigilância quando não é uma autoridade pra fazer isso, mesmo que seja meio simulado, gera um estresse muito grande na interação com a empresa. Tinha hábito de preparar as visitas, dizia para os residentes:

Eles tinham inclusive um roteiro para preencher durante as visitas. Não se conseguiu mais manter essa atividade, as empresas não recebiam, agendavam e cancelavam. Hoje eles vão com a vigilância do município. “Vocês vão testar a capacidade de observação de vocês, conversar com os trabalhadores, com as chefias e depois a gente faz uma discussão sobre a visita.

Quando indagada se essa solução de transferir essa atividade para o CEREST Estadual foi boa para o programa, a coordenadora respondeu que sim.

Nós não temos um engenheiro no nosso serviço, engenheiro de segurança, temos no SESMT do hospital mas ele não trabalha com a gente, então eles fazem essa atividade de vigilância com o engenheiro do CEREST que é super experiente, além de gostar de acompanhar residente, então é um estágio muito bem avaliado por eles.

Ao mesmo tempo, os residentes ficam concentrados em empresas de pequeno e médio porte, e ficam na dependência do planejamento da vigilância do CEREST. Para compensar essa questão, procura-se depois inserir os residentes em estágios de grandes

empresas, no segundo ano. Mas a coordenadora admitiu que tem residentes que nunca entraram numa indústria têxtil, por exemplo, ou nunca entraram numa grande siderúrgica que fica a 300m da Faculdade de Medicina.

No PRM II, o programa de residência médica, que hoje é o único curso de formação em Medicina do Trabalho na instituição, em linhas gerais é um programa alinhado ao programa mínimo da CNRM, durante o primeiro ano ficam muito próximos da coordenação. Todos os serviços que eles passam ficam dentro da instituição ou estão em algum serviço vinculado diretamente à Universidade. Eles têm uma formação teórica, considerada bastante robusta pela coordenadora. Criou-se bolsões para o estudo, “ *não são aulas que você tem com o professor na faculdade, a gente foca muito nessa necessidade do aprender e aprender*”.

Inicialmente, os residentes têm um curso intensivo para uma visão geral das principais doenças, da legislação, de pesquisa, de ética, da História da Medicina. Esse acolhimento no primeiro mês que faz muita diferença, um número de docentes muito bem preparados, e então os alunos não ficam soltos, é um trabalho para não ter desistência. Eles atendem também com os R2, durante um mês inteiro.

No primeiro ano de residência, os alunos passam pelo ambulatório de Doença de Chagas. Apesar de ser muito específico os residentes aprendem a fazer uma avaliação de capacidade para o trabalho. A intenção é criar um índice de capacidade de trabalho semelhante ao da Finlândia, para ser aplicado no Brasil. A ideia é estender esse processo para outros ambulatórios de doenças crônicas.

Durante o R1 os residentes passam por unidades básicas de saúde do município, onde têm apoio matricial e mapeamento. Há também, os ambulatórios de especialidades da instituição (ortopedia, pneumoconioses, otorinolaringologia, Medicina do Trabalho e toxicologia), que eles rodiziam nas segundas, terças, quartas e sextas feiras.

No PRM III, no primeiro ano os residentes são inseridos em dois grandes estágios: 1) um clínico ocupacional no Centro de Estudos, principalmente no ambulatório onde há possibilidade de diversidade de trabalhadores de diferentes setores produtivos, ou seja, diversidade de patologias, onde ficam durante um ano, em quatro turnos, e o restante, três turnos, no serviço ocupacional do Hospital das Clínicas; 2) na vigilância, onde acompanham os técnicos para conhecer o ambiente de trabalho. A demanda vem dos pacientes atendidos, quando há necessidade de maiores esclarecimentos, o residente aciona a estrutura de vigilância. O médico preceptor pode ir ou não para essa inspeção, mas o carro e os técnicos estão garantidos.

São três preceptores médicos na área do ambulatório e um preceptor na área da vigilância que é engenheiro.

Além dessas atividades existe a carga horária das atividades teóricas, que são oferecidas pelo curso do mestrado: para os R1 são as disciplinas de “Introdução à Medicina do Trabalho” e Epidemiologia Ocupacional.

Paulo esclarece que, após 10 anos, está sendo oferecida uma disciplina optativa na graduação, que atualmente conta com três alunos. Essa disciplina envolve campo, atendimento, não daria para abrigar 80 alunos, por isso não é obrigatória. São apenas três aulas, segundo o coordenador, é muito pouco conteúdo.

No primeiro ano do PRM IV, os residentes passam em várias clínicas, uma clínica por mês: clínica médica, dermatologia, pneumologia, fisioterapia, ortopedia, oftalmologia e no pronto socorro. O critério de avaliação é feito individualmente por cada clínica, se o aproveitamento foi satisfatório ou não.

Esses estágios são durante o dia. À noite eles fazem o Curso de Especialização em Medicina do Trabalho – CEMT, onde vão aprender legislação, higiene do trabalho, segurança do trabalho, ergonomia, legislação previdenciária, perícias médicas, assim como higiene do trabalho, controle de ruído etc.

No CEMT os residentes têm que fazer todas as disciplinas e a prova de conhecimentos, como se fosse um aluno da especialização. É claro que, quando eles estão no Pronto Socorro, por exemplo, não dá para cumprir a carga horária de uma disciplina, então eles completam no R2.

Os cursos em Higiene do Trabalho, Segurança do Trabalho e Toxicologia são ministrados pela FUNDACENTRO. Os residentes sabem avaliar ruído, avaliar calor, abrir a CAT, muitas vezes a empresa não quer fazer, então eles fazem a CAT no computador do ambulatório.

Às quintas feiras têm o ambulatório de manhã, e à tarde discussão de casos, mesmo que eles estejam em outro estágio, esse dia eles se ausentam e vêm fazer parte do ambulatório e da discussão. Além dos residentes do PRM IV, existem aqueles de outro hospital escola, que também participam das discussões de caso. Fazem o mesmo rodízio no hospital da instituição onde é oferecida a residência, e participam do curso de especialização noturno no CEMT, para adquirir a bagagem teórica em Saúde do Trabalhador.

Os residentes têm que apresentar relatórios, tanto das atividades nas clínicas quanto das discussões de caso. Geralmente, trazem para discussão os casos relacionados ao

trabalho que foram avaliados na semana anterior, nas respectivas clínicas por onde estão passando, selecionam os casos mais interessantes e são apresentados dois casos por reunião.

Não tem muito caso, mas os que passam e que são para estabelecer onexo, foi determinado que o aluno tem que ir aonde o indivíduo trabalha. Muitas vezes, o residente, na frente do trabalhador e com sua autorização, se comunica com a empresa e pergunta quem é o encarregado para autorizar a fazer visita junto com o trabalhador, fazem a avaliação ambiental. Nesse aspecto eles saem com muita bagagem.

Ao ser indagado se os alunos não precisariam estar vinculados à uma equipe de vigilância de um serviço público para fazerem visitas denexo, Roberto respondeu:

Aqui é uma instituição filantrópica e privada, não tem poder de fiscalização, então você tem que pedir para empresa autorizar que você vá e garantir que o trabalhador não sofra represália, mas isso é explicado para o trabalhador antes “olha pra gente ter certeza do seu caso...”, porque aqui é um hospital escola, “... a gente tem que ver o que que você faz”, é uma forma dos residentes aprenderem, tem que ir no ambiente de trabalho, desde que o trabalhador concorde. A gente marca uma visita e vai lá e depois elabora um relatório, a gente dá uma cópia para o trabalhador, uma cópia pra empresa, se for caso de afastamento uma cópia é para perícia médica, isso que a gente faz. Agora tem caso que a empresa, não permite a visita, é uma situação muito ruim de trabalho, o máximo que a gente pode fazer é a denunciar essa empresa no Ministério do Trabalho.

4.3.1.2.2 O curso de especialização em medicina do trabalho²³ do PRM IV (atividade teórica do R1)

Existe desde 1974, também agregada à Faculdade de Medicina, além da residência médica, o Curso de Especialização em Medicina do Trabalho (CEMT), reconhecido pela ANAMT, que ocorre no período da noite. Toda carga horária teórica do PRM IV é ministrada durante o curso de especialização, que é, portanto, obrigatório para os residentes.

É um dos primeiros cursos de especialização em formação de médicos para SESMTs de empresas, criado após Portaria nº 3.237 do MT/1972.

Ao cumprir uma carga teórico-prática de 680 horas-aula, o aluno recebe o certificado de conclusão do curso, que é pré-requisito legal para exercer a prática de médico do trabalho, conforme exigência do Ministério do Trabalho e Emprego, como consta na

²³As informações contidas neste tópico foram obtidas através do entrevistado e parte dos dados foram retiradas de artigo publicado pelos coordenadores do PRM IV, na Revista Brasileira de Educação Médica, cuja referência não serão dadas diante do compromisso de sigilo da nossa pesquisa.

Norma Regulamentadora 4. Porém, essa carga horária não permite ao médico ser considerado especialista em Medicina do Trabalho, pois não cumpre os requisitos mínimos da ANAMT para tal.

Em 2004, para adequar seu regimento interno às exigências da ANAMT, introduziu um complemento do curso, o “Programa de Estágio Monitorado” (PEM). Tem caráter voluntário e foi estruturado com carga horária de 1.240h, baseado na atividade do pós-graduando como médico generalista em serviços de saúde ocupacional. Estão sob supervisão de médicos que orientam a formação. Assim o curso oferece, para aqueles que desejarem, um total de 1.920 horas-aula, o que é também, atualmente, uma exigência das empresas para a contratação dos médicos do trabalho coordenadores do PCMSO (Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional).

Houve um impasse para cumprimento das exigências da ANAMT: onde colocar cerca de quarenta alunos que fazem o CEMT como estagiários? Como solução, segundo Roberto, os próprios alunos buscam seus estágios. É aceito também, como carga horária, as práticas de médicos que já estão empregados em empresas para atendimento dos trabalhadores. A formalização dessas parcerias são realizadas após vistoria dos coordenadores do PRM IV e do CEMT às empresas de interesse dos alunos.

Eles têm o objetivo de verificar se o local pretendido é compatível com a formação exigida para a especialidade, de acordo com as diretrizes da ANAMT. Além disso, verifica-se a área física e instalações da empresa, a compatibilidade da composição de seu corpo técnico com os objetivos pretendidos no estágio, e se há equipamentos disponíveis para avaliação dos ambientes de trabalho na área de Higiene, Segurança e Medicina do Trabalho. A empresa indica um supervisor médico que faça parte do seu quadro, que deverá ter a formação em pós-graduação em Medicina do Trabalho.

No CEMT, esses estagiários realizam durante duas horas, reuniões clínicas semanais com os tutores, onde são apresentados relatórios das atividades realizadas na semana anterior, com a exigência de cinco atendimentos para cada quatro horas trabalhadas como médico examinador, e a descrição de um caso clínico ou atividade não assistencial para cada 20 horas de estágio. Os créditos para as horas de estágio, são condicionados à apresentação e discussão dos relatórios. No final das 1.240h, o aluno deverá apresentar um relatório final consolidado das atividades realizadas durante todo período de estágio.

No início houve um estímulo da coordenação junto às empresas para que o estágio fosse remunerado, visto que os alunos seriam profissionais médicos generalistas, executando a rotina clínica em serviços de saúde ocupacional. Com o passar do tempo, as empresas de

Medicina Ocupacional passaram a buscar a coordenação do CEMT para indicação de médicos em formação na especialidade, devido a qualidade dos serviços prestados, embora haja uma reclamação dos empresários sobre a rotatividade dos profissionais, entre as diversas empresas prestadoras de serviços em saúde ocupacional.

Segundo os coordenadores que fazem vistorias nessas empresas, constatou-se:

...há falta de um programa de desenvolvimento profissional nas receptoras dos estagiários. Há grande dificuldade para estruturar um fluxo de atividades no qual o estagiário possa ter contato com os diversos campos de atuação do médico do trabalho, como, por exemplo, visitas aos locais de trabalho, estruturação de PCMSO, adequação de PPRA, gestão dos Serviços de Saúde Ocupacional, estudos epidemiológicos, investigação denexo causal. Discute-se se há interesse dos alunos por essas atividades não remuneradas, diferentemente da realização dos exames ocupacionais obrigatórios. Entretanto, é corriqueira a disponibilidade das empresas em proporcionar meios imprescindíveis à realização da monografia de conclusão de curso, que, do ponto de vista da Coordenação, gera benefícios para todas as partes..

O CEMT atua no período noturno, das 18h50min às 22h10min, de segunda a quinta-feira o que é bastante desgastante, tanto para os alunos como para os professores. Até 2004 tinha uma evasão média de 20%, mas a implantação do PEM estimulou os alunos a permanecerem nas discussões em sala de aula, trazendo dúvidas geradas pelas atividades durante o estágio, promovendo maior interesse sobre os assuntos abordados. Em função disso, observou-se maior fixação dos alunos.

Estudo dos egressos do CEMT realizado através da distribuição de questionário a noventa e nove alunos inscritos no PEM, no período de 2005 a 2009, com média de 19,8 alunos/ano, respondido por quarenta e seis (46,4%) ex-alunos, mostrou que:

- Dos 46 que participaram da pesquisa, 56,4% concluíram o curso teórico-prático e 63,1% concluíram o PEM; (três alunos não apresentaram a monografia);
- Perfil da amostra: 58,7% são mulheres e a faixa etária predominante foi de 31 a 40 anos;
- Dos alunos que concluíram o CEMT e o PEM, seis (13%) da amostra se candidataram à prova de título de especialista da ANAMT e foram aprovados;
- Dos 46 apenas 4 (8,7%) não exerciam atividades na especialidade, 47,6% continuavam exercendo suas atividades nos locais onde foram realizados os

estágios, e 57,1% tinham mais que um vínculo empregatício em Medicina do Trabalho, e 67,4% trabalhavam mais de 20h e 45,2% exerciam outra especialidade concomitantemente;

Os alunos que não concluíram o PEM, justificaram o fato por falta de tempo em participar das reuniões semanais, distância entre o trabalho e o local das reuniões, dificuldades em elaborar os relatórios finais, dissolução do grupo por falta de alunos, mudança da área de atuação na medicina, mudança de cidade, falta de vontade de prestar a prova de título.

Quanto a participação no PEM, 78,3% disseram que o PEM deveria ser obrigatório, como parte integrante do CEMT, e 71,7% consideraram importante a realização do estágio para a formação na especialidade.

Sugestões para a melhoria do PEM dadas pelos alunos: diminuir o número de alunos por grupo; distribuir os alunos de acordo com a experiência adquirida; rodízio de tutores e condutas padrão; aprofundar a discussão dos casos apresentados; diminuir a carga horária e a frequência das reuniões; abrir espaço para reuniões à distância e/ou fórum de discussão virtual; disponibilizar mais horários para relatório final; elaborar um consenso entre a validação das horas; verificar com as empresas a possibilidade de realização de atividades inerentes ao Médico do Trabalho.

Mesmo sendo o programa de residência médica a via ideal para a formação dos profissionais, o PEM cumpre as diretrizes preconizadas pela ANAMT que [...] reconhece aquilo que a literatura pedagógica recomenda como importante ferramenta de aprendizado, a prática cotidiana, além de manter aberto o caminho da especialidade para aqueles que não logram êxito na admissão do PRM IV, principalmente por falta de vagas suficientes para a demanda do mercado.

Segundo os autores, o estudo mostrou também, provável desgaste dessa fórmula, com diminuição gradual da procura espontânea dos alunos.

Observa-se a necessidade de ajustes tanto do ponto de vista regimental e didático na instituição de ensino, quanto na definição das atribuições supervisionadas a serem executadas nos locais de estágio, com o intuito de aprimorar o PEM. Todavia, também deve ser levantada a importância da omissão do mercado em lhes cobrar uma formação mais sólida. Desta forma, há uma acomodação dos profissionais na zona de conforto em que se busca o aprendizado

mínimo necessário para exercer as tarefas determinadas pelo empregador.

Mesmo com uma política de formação profissional adaptada às necessidades, de acordo com os pressupostos da Anamt, falta a contrapartida governamental de cobrar dos profissionais uma formação mais adequada. É restrito à sociedade científica da área médica o reconhecimento dos profissionais como especialistas, ou seja, aqueles com capacidade para prestar o melhor serviço à população trabalhadora brasileira, através do título de especialista da Anamt. No momento, não está sendo cobrado tanto dos empregadores quanto dos fiscais do Ministério do Trabalho e Emprego que os médicos do trabalho com certificados do curso de especialização tenham o reconhecimento da sua especialização pela Sociedade Científica da Associação Médica Brasileira, que é a ANAMT.

4.3.1.2.3 R2

No PRM I, quanto às atividades do segundo ano de residência (R2), os residentes atuam no mesmo programa dos R1, mas não participam mais das atividades assistenciais no CEREST. Eles passam pelo SESMT do Hospital Universitário durante dois meses, e ficam concentrados com as atividades teóricas. A dificuldade de se conseguir estágios no R2 foi uma colocação recorrente da coordenadora desse programa.

Eles passam também na perícia médica.

Nós tentamos durante muito tempo uma parceria com a previdência social e não deu certo, mesmo tendo muitos egressos da residência lá, peritos, assim, inclusive a atual chefe que é uma ex-residente, mas sempre uma resistência muito grande da previdência e o argumento é uma espécie de sigilo da instituição, mas eles são médicos, eles não estão submetidos ao sigilo...a minha impressão foi que havia uma preocupação muito grande de não expor a previdência.

Hoje eles fazem estágio de avaliação de incapacidade para o trabalho no SESMT da universidade. O serviço é muito grande e tem uma característica importante porque eles não só fazem a avaliação da incapacidade para o trabalho, como também, a reabilitação profissional dos servidores da Universidade. O regime jurídico único, não tem a figura da reabilitação profissional como se conhece na previdência social. Ele tem a readaptação que é uma tentativa e erro, o serviço vai colocando e a universidade tem o diagnóstico correto de que isso não funciona. Tem um grupo de reabilitação profissional multiprofissional criado com médico, enfermeiro, fisioterapeutas e terapeuta ocupacional.

Esse serviço foi criado em 1999, com a participação da atual coordenadora do PRM-1. A universidade institucionalizou o grupo, e os alunos têm uma oportunidade de aprendizado, porque os casos não são de incapacidade permanente, mas precisam ter algum tipo de acompanhamento no processo de reabilitação no novo posto de trabalho, é isso que eles fazem nesse local.

Os R2 tem um estágio no DAST, que é o Departamento de Atenção à Saúde do Trabalhador, tem no SESMT do Hospital e mais numa empresa de logística, em outra siderúrgica agora estão em negociação com uma montadora automotiva. Como esta última é muito grande e ela tem que montar serviços para um atendimento emergencial para os trabalhadores, está se estudando de que forma os alunos podem ser inseridos.

No segundo ano eles têm estágio optativo de um mês.

Tivemos alunos que foram para Clínica Del Lavoro na Itália e um que foi pra Espanha. Temos um acordo de cooperação na França onde alguns alunos optaram por fazer. Tivemos alunos que foram para consultoria do prof. René Mendes, em São Paulo. Hoje o René não tem mais consultoria mas a gente tem dois ex-residentes que trabalharam com ele, que ficaram na consultoria. Essa é uma outra perspectiva de trabalho. Uma ex-residente que foi para Mato Grosso, excelente residente, foi fazer estágio no SESI de Mato Grosso, e aí eles escolhem, eles podem inclusive escolher outros programas de residência do país.

A decisão da liberação para os estágios optativos, foi da coordenação de residência médica do Hospital das Clínicas, não do PRM-1. Libera pra esses estágios, e eles escolhem onde querem fazer. Geralmente, mas não necessariamente, eles preferem fazer no final do curso, porque é um período que os alunos já estão mais seguros. A preceptoria é sempre do local do estágio, não é do PRM-1. Há uma preocupação em não mandar alguém muito despreparado.

Ao descrever o campo de práticas, Regina colocou as dificuldades de oferecer estágio de urgência/emergência cobrado pelo CNRM. Ele foi previsto na grade original, com 560 horas para o primeiro ano. Isso gerou conflito com os residentes, que consideram uma carga horária elevada. Conseguiram resolver essa pendência esse ano, distribuindo essa carga horária em um pronto socorro que é do próprio Hospital das Clínicas, de urgências clínicas, uma parte no outro que é um pronto socorro de trauma, e uma terceira parte que é um estágio no centro de formações toxicológicas.

O estágio no centro de formações toxicológicas, na verdade atende a dois objetivos: um é a formação em toxicologia, e outro porque ele é um serviço de urgência, atende também intoxicações agudas. Resolveu-se esta pendência.

Outras pendências que dizem respeito a formação teórica, a coordenação está resolvendo através de uma parceria com a Fundacentro, que oferece cursos regulares. Ela faz uma agenda no ano anterior. Uma proposta de agenda para 2018, é o curso de ergonomia. Uma das dificuldades do programa, é oferecer toda a carga teórica, então quando se diz “*precisa de ter uma formação em ergonomia*” é preciso ter especialistas em ergonomia, e hoje o programa não conta com esses profissionais.

No PRM II, o mais plural acontece no segundo ano: um dos estágios externos é na Gerência Regional do Trabalho - GRT, que é o braço da Superintendência Regional do Ministério do Trabalho, outro é no Cerest de Jundiaí, gestão de saúde suplementar em algumas empresas e sindicatos em outros municípios.

Alguns estágios são feitos através de parcerias com algumas Universidades. Na USP o PRM-II fez articulação com o grupo do Prof. Marco Akerman, através do estudo de um residente do segundo ano. Existe também, parcerias de estágios opcionais com o grupo da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG.

No segundo ano eles fazem estágios externos, basicamente é isso. Em 2016 ocorreu uma mudança no programa de seminários e de estágios, para fazer uma adequação com as competências essenciais, requeridas pela Medicina do Trabalho.

Os estágios são bastante diversificados e o foco hoje do programa, é para uma formação que seja bastante plural, para isso dois anos é pouco, mas o objetivo é que se consiga despertar o interesse e o conhecimento básico dos médicos, para todas as áreas de atuação.

Outro investimento feito no PRM-II, foi um Laboratório de Ergonomia com equipamentos, softwares e recursos humanos, um fisioterapeuta e um especialista em ergonomia. Os alunos aprendem a fazer análise ergonômica do trabalho, a cada quinze dias eles vão a campo fazer avaliação de funcionalidade, têm o curso teórico e têm aplicação prática. Numa semana eles estão no laboratório de epidemiologia, onde os residentes têm trabalhado com geoprocessamento de dados para o mapeamento da unidade básica no Centro de Saúde, e na outra semana eles vão para campo em ergonomia.

O PRM-II tem estágios internacionais, através de algumas aberturas da instituição, e interesses dos alunos. Atualmente, existe articulação com Harvard e também com Cuba, mas por enquanto não tem candidato.

Em Cuba a coordenadora fez contato com o Instituto Nacional de Salud de los Trabajadores - Insat, em Havana. É uma instituição muito semelhante à FUNDACENTRO, segundo Sandra, com pesquisadores muito competentes, localizado numa área bonita como se fosse um campus, onde cada centro de pesquisa tem um lugar com equipamentos. Eles recebem bastante financiamento da Organização Pan Americana da Saúde – OPAS, para frente de pesquisa. Têm laboratório de Saúde do Trabalhador, fazem a formação de médicos cubanos com olhar da saúde do trabalhador. Eles têm atenção primária à saúde, semelhante com a que fazemos no Brasil.

[...] mandei um email me apresentando, falei do congresso e falei que se possível gostaria muito de visitar o lugar, me aceitaram e eu fui visitar. Moral da história hoje estou no conselho editorial da revista deles, eles abriram a possibilidade de estágio, como eu te falei ninguém se interessou ainda, mas abriu a possibilidade de parceria de pesquisa também, só que, literalmente, está faltando braço e perna para a gente dar conta de todas as frentes.

Ao ser questionada sobre as principais características do PRM-II, a coordenadora diz ser a diversificação que vai de um extremo a outro, por ex.: desde a atenção básica de como prestar assistência, que é desenvolvido através de um projeto de pesquisa, “Programa de Saúde do Trabalhador na Atenção Básica”, até como se faz gestão populacional na saúde suplementar.

Tudo tem prós e contras, se tivesse menos variação, poderia aprofundar mais. Mas segundo a coordenadora, o retorno que tem tido dos residentes é que essa exposição às diversidades de áreas de atuação, tem sido muito rica. Esse é um diferencial que tem funcionado por enquanto.

No PRM III, no segundo ano, o residente sai dessas atividades práticas na instituição, e faz estágios no convênio médico do Banco do Brasil - Cassi, Petrobrás, Ministério Público do Trabalho, Sesi, Metrô e APAE, além de um estágio opcional de cinco a seis meses que pode ocorrer em qualquer outra empresa de interesse do aluno. Em todos os estágios existem preceptores vinculados aos serviços que, geralmente, são ex residentes do PRM III. Como a residência é antiga, vários profissionais egressos da residência são referência nesses serviços, e têm-se um acolhimento muito bom.

Deu-se preferência à empresas estatais devido a certa estabilidade no estágio. “A melhor experiência do PRM III é quando se tem estabilidade nos serviços”, mas os residentes podem optar por empresas privadas, desde que a coordenação conheça e haja um responsável

que garanta uma seriedade no estágio. É difícil isso acontecer, porque a solicitação do campo para um residente em empresa privada, requer outra lógica. O único SESMT que foi conseguido, e os residentes se adaptaram bem, foi em um hospital privado no município do PRM III.

As aulas teóricas de Toxicologia e Ergonomia do PRM III, são realizadas durante o R2 no curso de mestrado da faculdade. O coordenador diz que Metodologia de Pesquisa e Estatística, que são duas disciplinas exigidas pela CNRM, não existem no PRM III.

No PRM IV, no segundo ano o R2, que já fez o curso à noite e já passou nos estágios das clínicas de especialidades, tem as atividades direcionadas para estágios específicos da saúde do trabalhador. Eles ficam um tempo em estágios em empresas, sindicato, centro de referência, um tempo em instituição que faz perícia. Eles têm que preparar a monografia nos últimos meses da residência. Os coordenadores fazem contato com essas instituições para eleger os preceptores que orientarão os residentes.

4.3.1.3 Avaliação dos discentes

O processo de avaliação dos discentes tem algumas variações entre os programas, mas com exceção do PRM II, nos demais programas a avaliação dos discentes está pautado em modelos tradicionais.

A coordenadora do PRM I comenta que esse tema está em discussão e acrescenta que na sua instituição não é uma pontuação do MEC, está subordinado à coordenação do hospital. Salaria ainda, a importância da capacitação dos docentes “*para uma reflexão sistemática sobre tutoria e preceptoria*”. Nas narrativas dos demais entrevistados esse tema foi ignorado.

Segundo Regina, uma das propostas é que seja uma avaliação a nível nacional, elaborado pelas associações da especialidade, e o aluno já sairia com o título de especialista.

Em todos os programas o instrumento para a certificação do curso é o Trabalho de Conclusão de Curso – TCC/Monografia, de caráter obrigatório. No PRM II substituiu-se o TCC por um artigo, cujo tema é definido pelo aluno. Além disso, esse programa inovou ao implantar a aprendizagem por competências, criando novos modelos de avaliação.

No PRM I existe um instrumento de avaliação chamado “*avaliação por escala de atitudes*”. Cada coordenador de estágio faz essa avaliação muito simplificada. Baseada mais em compromisso, pontualidade, assiduidade, interesse, empenho em resolver os problemas.

Bastante imperfeita num esquema mais tutorial, era dado o feedback para o residente, mas nunca foi uma avaliação formal, não havia uma nota por isso.

Em 2016, houve um processo avaliativo das anamneses ocupacionais, pois o diagnóstico era que as anamneses estavam muito ruins. Os prontuários foram auditados, e os residentes receberam o feedback. Isso foi uma primeira avaliação. Esse ano o que se discute é um modelo de avaliação nacional, porque tem várias possibilidades de avaliação, e o MEC está exigindo.

Segundo a coordenadora, o TCC é muito desgastante, os residentes deixam para última hora, “*é uma tensão enorme*”. Muitos alunos se queixam de ter que fazê-lo e reclamam com a coordenadora, mas o TCC fica a critério de cada programa, assim, têm programas que adotam e outros não. Um parecer do MEC diz que é uma prerrogativa do coordenador do programa, definir. Mas o desempenho não é bom, e pretende-se substituir o TCC pelo que o MEC tem insistido muito, que são avaliações periódicas.

Foram oferecidos dois cursos para os preceptores do hospital, um do MEC e um que o Sírio Libanês fez via PROAD²⁴.

Até teve uns 4 colegas nossos que fizeram e tal. Então, o MEC deu uma coisa curtinha e teve esse do PROAD e o pessoal fez do Sírio, mas eu acho que é uma necessidade.

A gente começou fazer preceptoria... eu comecei intuitivamente, porque eu tive preceptor, fiz preceptoria igual eles faziam, eu fui repetindo e é lógico que a gente vai mudando, vai amadurecendo mas eu acho que é muito importante ter uma oportunidade de uma formação, de uma reflexão sistemática sobre a tutoria, a preceptoria. Tem muita produção teórica sobre isso, conhecer isso eu acho que é muito importante e a maioria de nós não tem essa oportunidade.

Mas, quanto a avaliação, o que a gente tem discutido, é a introdução de uma prova mesmo, que o MEC coloca, e a COREME vem estimulando fortemente que a gente defina uma periodicidade, de 3 em 3 ou 4 em 4 meses, defina o conteúdo e avalie.

O ideal também, é que a gente tivesse condição de fazer uma avaliação de natureza prática, da habilidade em campo, do cenário de onde trabalha. Eu acho que seria ideal, eu hoje, coordenando o programa eu não tenho esse conhecimento de como fazer e eu acho que seria muito tenso de qualquer forma, para eu arriscar fazer de uma forma amadora e ainda ter conflito com os residentes, eu acho que a gente tem que se qualificar para fazer isso, conhecer experiências de outros programas e ver como é que faz. Mas uma prova teórica acho que a gente pode fazer.

Uma ideia, que é controversa também, que os programas se organizem no plano nacional, para eles realizarem uma única prova,

²⁴ Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS

várias especialidades já fazem isso via associação de especialidades, então a ortopedia faz isso, a plástica faz isso. A associação organiza a prova e manda para os programas, e depois quando eles terminam a residência, se eles passam nessa prova eles recebem inclusive o título de especialista da associação. Eu acho que fica vulnerável, seria um objeto de crítica.

Ao ser questionada se havia algum instrumento complementar de avaliação do discente, a coordenadora respondeu que não. Às vezes a coordenação recebe um relatório de alguns preceptores de estágios externos, que sinalizam fragilidades dos residentes. Mas é muito informal. Normalmente, esses relatórios são de médicos de SESMT. Há uma exigência cada vez maior, de que os residentes sejam capazes de planejar, de organizar uma atenção à saúde.

A coordenadora do PRM II, Sandra, refere que o processo de avaliação dos residentes é contínuo, estão o tempo inteiro sob os olhos dos docentes. O PRM-II tem bastante docentes, é possível então avaliar a participação, conhecimento técnico, postura ética dos residentes. Os residentes se submetem aos seguintes processos avaliativos:

1 - Pela produção científica, trabalhos enviados para congresso, que é o trabalho de conclusão de curso, o TCC. O programa não aceita monografia, é sempre uma submissão de artigo, porque é uma forma de desenvolver pesquisa mais sistemática, mais qualificada, estimular publicação, estimular leitura.

2 - Os preceptores que recebem os residentes nos estágios, também fazem suas avaliações. A cada ciclo de estágio, é verificado com o preceptor. Existe um modelo bem simples, para não dar trabalho para o preceptor, que funciona e, principalmente, por estar em contato constante com o preceptor, se alguma coisa der errado é resolvido na hora.

3 - Mas a coordenadora faz uma observação quanto ao registro da análise crítica: ela não está sendo registrada. Se amanhã ou depois, por algum problema um residente for reprovado, as razões dessa decisão não estão documentadas, de maneira adequada, para se defender essa conduta junto a CNRM, por exemplo. O processo é muito bom, mas não existe um registro documental.

4 - O PRM-II tem avaliação dos preceptores, seções de feedback com os residentes que acontece a cada seis meses, de maneira formal. É nesse momento, que se questiona sobre o programa, aonde eles aprenderam, se foi satisfatório.

5 - Usa-se também, a matriz de competências para auto avaliação, que é uma ferramenta aonde eles respondem, numa escala de 1 a 5, as perguntas para cada avaliação específica, por ex., o quão seguro o residente se sente a respeito de uma situação. Embora não

dê para fazer uma grande pesquisa, dá para se ter noção de como é que eles estão indo. Isso tem ajudado muito a saber sobre o auto estudo deles. Tem se pensado mais em ferramentas que sejam orientativas no desenvolvimento nas competências, do que da avaliação formal.

Mas tem um risco de eu não ser tão formal também, então às vezes eu me pergunto se eu não deveria ser um pouco mais quadrada.

6 - Eles também são avaliados no sistema de rodízio, onde toda semana eles dão aula, toda semana eles discutem artigos, tem visita técnica com apresentação de relatório ou seminário, e tem atuação no serviço, no campo atendendo. Na avaliação do atendimento sempre é considera a parte técnica e ética, atitudes com paciente.

[...] já aconteceu da gente receber aqui R1 que vem com aquela cabeça, tipo ‘ Ah o trabalhador está sempre mentindo.’ Eu olhei e falei assim você está no R1 quem você pensa que é?

Para a coordenadora é interessante acompanhar o processo de aprendizado do olhar humano, olhar ético e do exercício da escuta. Ao longo de dois anos, percebe-se claramente, a curva do aprendizado do residente, é gratificante.

No PRM-II, não existe provas de conhecimentos do conteúdo programático. Sandra não acredita nisso, para ela em nível de pós-graduação, a avaliação tem que ser continuada.

Mas no Trabalho de Conclusão do Curso – TCC, eles são avaliados e vale nota, todos têm conceito. Não é aceito monografia, é sempre em um formato de artigo, e tem que ser submetido.

Não, tem monografia que o cara está trabalhando para o docente, “Ah, faz uma revisão bibliográfica de silicose”, sei lá, é muito mais cômodo se você pedir para fazer uma monografia. Eu, por exemplo, faço reunião toda semana, toda terça-feira, final de terça-feira ou toda quarta, toda semana tem pelo menos um sentado aqui na minha sala revendo o trabalho deles. Mas a gente acha que isso é o melhor para formação deles e é o melhor também para o departamento, mas dá trabalho.

A coordenadora reconhece que a publicação é interessante para a Universidade, mas esse não é o objetivo principal desta atividade. Segundo ela, percebe-se com muita clareza, que a forma de pensar do residente para escrever um artigo, é completamente diferente da forma de pensar uma monografia. Por exemplo, quando ele faz o levantamento de

literatura, quando formula o projeto (a maioria precisa passar pela comissão de ética e pesquisa), ou mesmo os aspectos éticos de como escrever e submeter um projeto, sabendo que o artigo vai ser revisado por pares, tem outro nível de crítica.

Ao ser questionada se o inverso também acontece, ou seja, o residente avaliar o programa e os preceptores, a coordenadora diz que sim. Isto acontece desde a graduação na instituição. Os alunos passam por todas as disciplinas, avaliam os docentes e a Coreme faz a avaliação anualmente, é obrigatório, os residentes têm que responder à pesquisa.

A COREME da instituição tem uma iniciativa que é a avaliação cruzada. A última foi em 2016, ela ocorre a cada dois anos ou dois anos e meio. É a avaliação do programa, feita por coordenadores de uma outra especialidade. O PRM-II foi avaliado em 2016 pela neurologia. São pessoas de áreas completamente diferentes e com outros olhares, vem no programa, pegam toda a documentação, acompanham o programa. Se houver um problema específico, os relatórios de avaliação cruzada são disponibilizados para os coordenadores dos programas, para que possam ver onde tem que melhorar. Todos participam, coordenador, preceptores e os residentes. No dia dos residentes eles ficam sozinhos com os avaliadores, isso contribui muito com a melhoria do programa. Eles procuram usar os mesmos critérios de avaliação da Comissão Nacional.

Embora não tenha participado da última avaliação da CNRM em 2013, ao comentar com o antigo coordenador, a impressão é que a auditoria cruzada é mais interessante, porque ela traz mais informações úteis para melhoria do programa, enquanto a avaliação da CNRM acaba sendo muito formal, e contribuí menos para um aprimoramento. É como se o programa estivesse literalmente, sendo fiscalizado.

No PRM III, os residentes são avaliados nas diversas disciplinas do mestrado, e no final do programa, apresentam um TCC. Os preceptores dos estágios mandam para a coordenação a avaliação final dos residentes, de modo que são acompanhados de perto, principalmente no primeiro ano. No segundo ano os preceptores mandam frequência, pontualidade, interesse e participação. *“São instrumentos que se a coisa degradingolar, a gente têm outras formas que pode introduzir de avaliação.”*

Como o coordenador está bem próximo dos R1, eles são avaliados, praticamente, toda semana. Eles são acompanhados no ambulatório de patologia do trabalho durante onze meses, e dizem o que está e não está bem. É processual e desgastante. Existe uma troca, se as queixas fazem sentido, as condições são alteradas.

No R2 os problemas chegam para o coordenador, mas as reuniões acontecem apenas uma vez por mês.

Segundo o coordenador, o TCC é uma questão teórica que eles queiram estudar, eles ficam muito livres. Isso foi mudado, o TCC começou a tomar um tempo grande e roubava a experiência do estágio, então foi delimitado para que não fosse uma coisa muito elaborada, não se trata de mestrado ou doutorado, tem que fazer uma coisa menor para não tirar o tempo da prática. Eles ficavam muito envolvidos, depois tinha o interesse, da pessoa que estava orientando, em publicar. A própria COREME concordando com isso, hoje flexibilizou mais e se o residente apresentar um trabalho em congresso da especialidade, pode valer como trabalho final da residência.

Não há incentivo para trabalho acadêmico, pois, segundo o coordenador, esse não é um espaço para isso, eles estão se formando com outra lógica, que é a prática.

A migração para o mestrado e doutorado após a residência é muito rara, porque após dois anos de residência eles perdem um pouco o fôlego. Esses cursos *strictu sensu* tem uma perspectiva mais acadêmica, alguns que se aventuraram, desistiram. Geralmente eles vão para o mercado de trabalho e depois de quatro ou cinco anos eles voltam e aí cumprem o tempo de mestrado/doutorado. Eles podem validar as disciplinas já cursadas durante a residência no período de tempo permitido pelo mestrado.

No PRM IV, no final de cada estágio os residentes apresentam relatórios que serão avaliados pelos coordenadores. No relatório eles apresentam o que aconteceu na empresa, como é que foi, o que ele viu, o que que ele não viu, quem ele atendeu, como é a empresa, ramo de atividade. Se é no Centro de Referência, no relatório tem que constar quantas vigilâncias eles foram, descrever como foram as vigilâncias, se é perícia, da mesma forma. Então, fazem um resumo daquela atividade. Fazem relatórios também, dos atendimentos ambulatoriais de Saúde do Trabalhador.

Há seis anos os R2 têm uma pequena ajuda para um estágio internacional, Milão/Itália na Clínica Del Lavoro. Esse convênio não está formalizado, foi uma iniciativa de um professor do Departamento. Eles ficam dois meses onde fazem.

4.3.1.4 Estratégias didático-pedagógicas

No geral, os programas mantêm os recursos didático-pedagógicos tradicionais, ou seja, aulas temáticas expositivas, reuniões para discussão de casos e artigos etc., com algumas variações na forma de fazê-los, como no caso do “Clube de Revistas” do PRM I. A única exceção foi a aprendizagem por competências, iniciada no PRM II em 2017.

Segundo a coordenadora do PRM I, são adotadas as seguintes estratégias:

1- A principal é a interação contínua com o preceptor que vai orientar quanto à concepção e estratégia do programa;

2- Encontros semanais, não é uma aula, para discussão de um tema que os próprios residentes tem que pesquisar e preparar. Faz-se uma grade, por exemplo, discussão sobre as principais NRs, sobre os temas abordados na FUNDACENTRO etc.;

3- Momentos curtos de formação teórica que geralmente são motivados pelos casos atendidos na semana anterior ou no mesmo dia, sobre uma patologia que surgiu no atendimento ambulatorial, com indicação de textos de revisão para leitura, e apresentação com clareza e concisão;

4- Clube da Revista é a discussão mensal de trabalhos extraídos de periódicos como Revista de Saúde Coletiva, Revista de Saúde Pública, Cadernos de Saúde Pública, Ciência e Saúde Coletiva, Interface, além das publicações específicas da área que são a Revista Brasileira de Saúde Ocupacional da FUNDACENTRO e a Revista Brasileira de Medicina do Trabalho que é da ANAMT. Alguns artigos internacionais e mesmo o que sai na mídia também às vezes são discutidos, como por ex. Suicídio no Trabalho. São apresentados pelos residentes;

5- Aulas teóricas de grandes temas, como por ex. Pneumopatias Relacionadas ao Trabalho;

6- Os residentes participam ainda do Observatório de Saúde do Trabalhador (OSAT)²⁵, que funciona dentro da universidade, e tem intensas atividades teóricas. Ele é liderado por um preceptor na residência, e os residentes se revezam para acompanhar as reuniões do observatório toda segunda-feira de manhã, onde participam movimento sindical, representantes da gestão estadual de saúde, trabalhador, representantes do centro de referência em saúde do trabalhador. É um fórum maior, com muita troca de informações. Inicialmente eles participam como observadores, depois se integram;

7- Disciplinas da pós-graduação: Saúde e Trabalho, Promoção da Saúde e Prevenção da Violência, no mestrado profissional, vários residentes participaram;

²⁵ O Observatório de Saúde do Trabalhador (OSAT), é fruto de um termo de cooperação técnica estabelecido entre a Faculdade de Medicina e a Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal. O OSAT é um espaço institucional que visa desenvolver atividades técnico-científicas de extensão, pesquisa e ensino. Neste sentido, a co-participação e parceria com outras instituições e profissionais, é importante e necessária. O OSAT tem por objetivos produzir informações, análises e material de divulgação, promover eventos técnico-científicos que possam subsidiar a tomada de decisões de órgãos públicos, movimentos sociais e empresariais, de forma a contribuir para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o desenvolvimento dos cuidados em saúde e as ações de vigilância, no âmbito da Saúde do Trabalhador. Fonte: não citado para manter o sigilo da coordenadora do PRM-1.

8- Fórum da Associação de Medicina do Trabalho – AMIMT: reunião mensal para discussão de temas e cursos. São pagos, por isso a participação dos residentes não é regular.

Nas três primeiras semanas, os residentes tem uma formação teórica introdutória, inicialmente uma programação padrão para todos as especialidades, planejada pelo hospital, como por ex. o básico sobre o SUS, pois o hospital é totalmente regulado pelo sistema único de saúde, metas de segurança do paciente, um conteúdo mais global da instituição. Inicialmente se faz uma discussão sobre anamnese ocupacional, sobre competências e as formações teóricas mais curtas, com cada preceptor sobre vigilância, saúde mental e trabalho, pneumopatias relacionadas ao trabalho.

Segundo a coordenadora do PRM II, a proposta de um Projeto Político Pedagógico – PPP, não está formalizada no programa.

A coordenadora aponta algumas estratégias como prática supervisionada, discussão de artigos que é muito valorizada, ocorre toda semana e tem como objetivo estimular o hábito da leitura, já que “*estudar é o resto da vida*”, e a análise crítica. Numa semana o docente apresenta um artigo escolhido pelo preceptor, com algum objetivo pedagógico, na outra os alunos escolhem um texto que eles queiram discutir. A escolha do texto pelos residentes dá a percepção daquilo que interessa a eles, quais os critérios priorizados, quais os caminhos das buscas. Às vezes eles trazem “*tranqueiras*” que foram publicadas, e é feita uma desconstrução: “*olha não é porque foi publicado que é verdade*”. Tenta-se desenvolver um senso crítico.

Na graduação o curso de Saúde Coletiva tem 20% da sua carga horária dedicada à Saúde do Trabalhador, distribuídas da seguinte forma: 80h no 4º ano, são aulas teóricas com roteiros e apresentação de relatórios pelos alunos, ministradas pelo R1 que é acompanhado por um tutor; 30h no 5º ano, com aulas práticas no ambulatório (três vezes por semana por três períodos), onde o interno acompanha também o residente, e outra atividade são as visitas aos locais de trabalho. Esta disciplina já é consolidada, são aulas dialogadas sobre trabalho, riscos e medidas de proteção. Os graduandos acompanham também, os seminários e discussões de caso dos residentes.

Intencionalmente, os residentes dão muito mais aulas do que recebem. Toda semana tem um R1 dando aula, mas para todo R1 que dá aula tem um tutor. São dois professores em tempo integral e dois em tempo parcial, que fazem rodízio nesta atividade. Assim, na verdade o professor não tem que trabalhar muito, mas porque cada semana é um tutor.

Os internos tem quarenta temas sobre Patologia do Trabalho, com objetivo de formação médica sob três aspectos:

- O trabalho importa no processo saúde-doença;
- Aprender a investigar : função, como faz, riscos etc.;
- Suspeita de agravo: o que fazer, encaminhamento para rede de apoio.

Existem, também, Cursos Temáticos voltados para *expertise*. São cursos com certificação, para R1 e R2, com professores do quadro institucional, realizados durante o semestre. São eles: Promoção de Saúde do Trabalhador, Ergonomia com estágio na Epidemiologia, Estudos da Análise da Atividade em parceria com o SESMT da instituição, curso de Saúde Mental. Os alunos frequentam também, o Laboratório de Ergonomia (onde tem ergonomista que trabalha na instituição), assim como o Laboratório de Toxicologia.

Outros departamentos de diversas áreas ficam à disposição dos alunos. Por ex., o serviço específico de bioestatística, tem agenda aberta todo primeiro dia útil do mês, para orientar os alunos nas questões sobre esse tema, geralmente durante o TCC, dependendo da pesquisa de campo.

A coordenadora inclui também, os seminários cujos temas tem uma programação com base nas competências, e com a participação de convidados. O último curso contou com a presença de Maria P. Martinez, que deu aula sobre Índice de Capacidade para o Trabalho - ICT e a partir dessa aula, os residentes desenvolveram um projeto que está sendo implantado na Clínica Médica, com objetivo de avaliar a capacidade dos doentes, mais especificamente com pacientes portadores de Doença de Chagas. Alguns seminários são organizados pelos próprios residentes, como por ex., o próximo seminário sobre o novo Manual de Perícia Médica Previdenciária. Os seminários tem programação bastante flexível.

As visitas técnicas têm como objetivo principal, treinar o olhar para reconhecimento do risco em ambientes reais de trabalho. Procura-se fazer as visitas em ramos de atividades diferentes, então eles vão ao hospital, à área de telemarketing, à indústria metalúrgica, à siderurgia, de plástico, para conhecer um pouco de tudo.

Ao ser questionada como consegue os campos de estágios e visitas técnicas nas empresas, a coordenadora afirma que são duas relações diferentes. Para o estágio você precisa de uma relação mais próxima, porque o residente precisa ter um preceptor de confiança, então a atividade tem que ser mais estruturada, tem menos intercorrências porque existe um processo de teste, o que deu errado saiu e o que deu certo se procura manter.

Temos do nosso lado a maior fábrica de embalagem da América Latina, então mandei ofício e ela me convidou para visitá-los, e em geral a gente não tem problemas para as visitas técnicas. A parte mais difícil da visita técnica acho que, de fato, é fazer o reconhecimento de risco, porque todo mundo que recebe visita gosta de mostrar como que a sua casa é linda, eu sempre peço para os colegas, mostrar aonde estão as pedras também.

A gente procura dar uma contrapartida para os colegas também, porque como os residentes discutem a visita e fazem um relatório, que não é relatório descritivo porque não estamos mais no quarto ano de medicina, não é esse objetivo [...] na residência é mais um relatório crítico, então o que a gente quer saber é ter reconhecimento dos riscos, se eles conseguiram identificar, se as medidas de proteção existiam e quais eram, se eles avaliaram se essas medidas eram efetivas ou se eles avaliaram falhas no próprio serviço. e a gente sempre pede para fechar com algum tipo de comentário, do tipo assim: o que que está muito bom e o que poderia melhorar, e de uma certa maneira a gente devolve para quem nos recebeu e essa devolutiva tem sido muito bem recebida, aí eu acho que a gente acaba criando um círculo virtuoso mesmo, eles abrem para a gente, os residentes vão e fazem uma devolutiva para eles. É isso.

A coordenadora está estudando a ideia de abrir o R3 no PRM-II. Não só porque acredita que para algumas áreas, como atenção básica por ex., é muito boa a experiência que eles têm no primeiro e no segundo ano de residência, mas não é suficiente para ir para uma atenção básica com segurança, então poderia ser um R3 de atenção básica com foco na Gestão da Saúde Integral, não é a saúde da família. Estão amadurecendo a ideia de pedir para a CNRM o credenciamento do R3.

Além de ter a possibilidade de treinar melhor as habilidades de uma determinada área que pode ser a atenção básica, teria um ano a mais de residência e isso abriria a porta para o mestrado profissional que a instituição já tem. No final do R1 ele já poderia ter um projeto em mente desenvolvido aqui com o apoio da coordenação, ele aplicaria e usaria o R2 e eventualmente R3 para terminar o mestrado, mas é um projeto embrionário.

[...] então nós estamos desenhando esse projeto para ver se a gente aplica no segundo semestre, e claro que depende da aprovação. A Coreme está do nosso lado, depende da aprovação da comissão nacional, mas eu estou muito animada porque se isso acontecer vai ser o primeiro programa com R3, e aí a gente consegue começar a formar mais mestres também.

4.3.1.4.1 APRENDIZAGEM POR COMPETÊNCIAS NO PRM II

Desde 2017, a coordenadora implementou uma abordagem de aprendizagem por competências. Inicialmente, houve impasse na equipe e, como o caminho não estava dado, foi aberta uma discussão e feito um treinamento com cinco professores e três residentes, sobre como aplicar essa abordagem junto aos alunos. O programa oficial teve que ser mantido, mas foi revisado em 2016, com base nas competências que foram publicadas pela ANAMT.

...bom como é que eu transformo..., tudo bem que as competências dizem onde é que eu tenho que chegar, mas que caminho que eu vou percorrer para chegar lá, aí nós fizemos um exercício com os docentes, [...] depois fizemos uma oficina com os residentes, resultado, as planilhas foram construídas e a matriz foi usada para orientar o conteúdo, fora do programa oficial. Parece que funcionou.

De acordo com a publicação da ANAMT de 2016, foram criadas duas matrizes de competências (ainda não atualizadas pela coordenadora): uma que definiu um projeto político pedagógico para cada domínio de competência (onde constam competências específicas, referências bibliográficas, experiências desenvolvidas e descrição das atividades), e outra de autoavaliação para os residentes graduarem a segurança adquirida, durante o curso, para cada competência variando de 1 (quase nada) a 5 (muito seguro) (material fornecido para este estudo).

A matriz de autoavaliação na verdade, serve muito mais para direcionar os esforços de estudos, de capacitação do que para avaliar em termos de conceito, esse não é o objetivo desse instrumento.

Ao ser abordada sobre o impacto da aprendizagem por competências no PRM-II, Sandra esclareceu que ainda não pode dizer nada sobre os residentes, porque faz pouco tempo que esses instrumentos começaram a ser utilizados, mas sobre os professores refere que eles saíram da área de conforto, foram mobilizados a ensinar suas experiências com outra abordagem.” *A competência sobre o profissionalismo impactou muito.*”

Para a coordenadora, essas mudanças deram muito trabalho, é difícil montar uma residência plural, é necessário apoio dos serviços que não estão dentro da Universidade. Isso então foi feito, com base nas competências.

Em relação aos residentes, uma estratégia criada por Sandra foi deixar sempre o livro das competências sobre a mesa, durante as aulas, disponível aos alunos. Geralmente eles

lançam mão do livro para algum esclarecimento. Os alunos percebem a limitação da residência, “o quanto a residência vai dar e o quanto eles vão ter que buscar.”

Na instituição do PRM-II existe um núcleo de apoio ao docente. Todo novo docente tem que passar por um curso de uma semana, com pedagogos da Faculdade de Educação, onde é discutida a pedagogia do afeto e de vínculos com os alunos. Segundo a coordenadora, geralmente as pessoas agem de forma intuitiva, e como na residência médica o treinamento é em serviço, isso fica confuso. Os colegas da Saúde Coletiva que se dedicam à pesquisa, desenvolvem melhor as estratégias pedagógicas.

As aulas expositivas já morreram no PRM-II. São aulas dialogadas, com leitura prévia e pós-leitura. Ex.: leitura conjunta de um artigo e a construção das ideias que faltaram no texto vão sendo montadas com postites (etiquetas adesivas).

Sandra explica como enfrentou na prática com os residentes, as discussões sobre as questões éticas e das competências:

[...] peguei as competências específicas e junto com os alunos nós tentamos traduzir, por ex., tem que discutir as questões éticas do dia a dia. Como é que a gente faz isso? Pegamos o referencial teórico, Código de Ética Médica, Código Mundial da Associação Médica e descrevemos quais são os referenciais teóricos, e como é que a gente traz isso pra prática. Toda nossa discussão de caso, que fazemos às quartas feiras à tarde, é dia de discussão, sempre colocamos os aspectos éticos. Para cada uma das competências específicas tentamos desdobrar de uma forma a contemplar aquela competência. Nesses dois anos tem funcionado muito bem, foi bem avaliado. Dessa forma o programa fica alinhado com as competências, que para mim é obrigação da Comissão Nacional.

No PRM III, Paulo não esteve à frente da coordenação na última avaliação, e não soube dizer, mas nunca teve problema em relação às estratégias pedagógicas.

A maior parte do tempo o residente está em estágio, existe a obrigação da presença do preceptor que nem sempre é médico, apesar de não estar formalmente registrado porque a Coreme não permite, mas engenheiros participam. Geralmente nos estabelecimentos se busca o campo e a referência é o médico, mesmo que o residente fique com psicólogo, por ex., a referência, o acompanhamento, a discussão é com o médico.

Busca-se a formação de um médico ético, competente tecnicamente e sensível socialmente, crítico no seu contexto de atendimento, de dispersão, que ele atue numa visão de equipe.

As estratégias didáticas-pedagógicas são de acompanhamento através da preceptoria, realização de relatório e discussão dos mesmos com o preceptor. Eles fazem as pesquisas nos temas, tanto de inspeção do campo quanto do atendimento, e fazem as discussões. É um pouco da metodologia ativa. Durante atendimento ambulatorial o residente tem um papel mais ativo. Na parte teórica segue as normas, com provas mais pontuais. No mestrado cada disciplina faz do seu jeito. Os preceptores falam da sua experiência, chamam convidados, mesmo com 2 alunos.

No curso de “Patologia do Trabalho” onde eles ficam por onze meses, tem um encontro semanal com uma colega ex-residente, onde eles leem um capítulo do René Mendes e discutem entre eles, então praticamente no final do primeiro ano eles leram 80% do livro, é um estudo dirigido. Nesta disciplina a referência é o livro do Prof. René Mendes. É interessante porque mesmo que não tenham vivido todas as situações, eles sabem sobre todos os assuntos.

Segundo Roberto, PRM IV, em cada clínica onde os residentes atendem como R1, eles podem ter uma participação mais efetiva ou não, por exemplo, nas áreas que são cirúrgicas é menor, na oftalmo muitas vezes eles ficam só observando, acompanham o seguimento, não vai ter procedimentos, nas outras ele acabam atendendo, à noite são aulas expositivas, seminários, nada diferente. São aulas expositivas, é uma parte de carga teórica. A parte prática referente a atividade de visita, às vezes trazem paciente pra discussão de caso clínico, basicamente é isso. Não existem atividades ou discussão sobre questões das metodologias ativas de aprendizagem.

4.3.1.5 Principais fontes bibliográficas e de consultas adotadas

Os recursos das tecnologias da informação tem uma influência marcante em todos os programas, com exceção do PRM III que não fez esta abordagem.

A principal fonte bibliográfica referida por todos os programas, foi “Patologia do Trabalho” do Prof. René Mendes. No mestrado do PMR III, os residentes durante onze meses, leem 80% do livro até o término do curso, como citado em outro momento da entrevista.

Destaques para o PRM I, cujos relatos sobre o tema foram bem abrangentes, identificando as fontes de consultas adotadas e PRM II que, ao introduzir as competências como estratégia de aprendizagem, expandiu suas referências bibliográficas para as áreas da sociologia, promoção da saúde e saúde coletiva.

O PRM-I tem um pequeno acervo no serviço, que os residentes podem consultar, em português Patologia do Trabalho do Prof. Dr René Mendes e Doenças Relacionadas ao Trabalho – Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde do Ministério da Saúde que são referências, além de outras de temas específicos. Quando o serviço tinha mais recursos, importava os Tratados de Medicina do Trabalho, agora isso mudou muito, hoje tem muito mais informação disponível através da internet. Quando se tem um tema para discutir, os alunos são orientados a procurar inicialmente na base de dados Scielo de periódicos brasileiros, que é a produção mais nativa, e depois no portal da CAPES para ver a última revisão sobre o tema.

Hoje tem muita informação disponível, eles aprendem a consultar a página da enciclopédia da OIT, uma versão espanhola que é de livre acesso. Dependendo do tema os residentes vão sendo orientados a buscar em sites específicos. Na parte de higiene, por ex., a Fundacentro produz muita coisa. Sobre a nanotecnologia foi feito um seminário com o pessoal da química, mas ainda não se tem uma abordagem sistemática sobre o assunto.

Regina observa, que há muita dificuldade em se ter livros de referências em português, bons livros, produções nativas com textos introdutórios, que tenha uma visão geral do cenário para depois aprofundar, por ex. em saúde mental e trabalho, muitas publicações boas, o problema é que são textos muito complexos para quem está começando.

A ideia daqueles livros, textos para consultar a vida inteira, não existe mais. Os livros estão cada vez mais eletrônicos, eles mudam as versões com muita rapidez. Hoje as revisões sistemáticas ocupam um lugar cada vez mais importante no acesso rápido a esse conhecimento mais atualizado, eles têm que aprender a consultar, para atualizar o conhecimento e até mesmo na crítica.

O principal problema, às vezes, é que se tem dificuldade na formação em epidemiologia e bioestatística para que ele leia um trabalho de uma forma mais crítica. O residente tem que saber interpretar uma tabela, ele não precisa saber fazer uma regressão múltipla, mas tem que saber para que serve uma regressão múltipla. A graduação não é suficiente para dar esse conhecimento, o hospital precisaria dar o curso de bioestatística, mas não consegue organizar esse curso, porque não tem professor que queira dar, teria que pagar e o programa não tem dinheiro. Está sendo um desafio muito grande, como organizar esses conteúdos.

No PRM II, Sandra esclarece que as mudanças das fontes bibliográficas que chegaram mais recentemente ao programa, foram aquelas referentes à uma valorização maior das políticas, por exemplo, políticas públicas, políticas de saúde do trabalhador. Hoje se

discute o que que é uma Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador - PNSST, o que que é um Plano Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho – PLANSAT, como é que essas políticas são desenvolvidas e que sem elas não se constrói o resto.

O PRM-II adotou também o livro “Tratado de Saúde Coletiva”, organizado pelo Prof. Gastão Wagner de Souza Campos, para os estudos de sociologia, promoção da saúde, por exemplo.

Outras referências que também estão sendo discutidas no programa, são as internacionais, das quais a coordenadora destacou a da OIT, da OMS naturalmente, principalmente dos planos que a OMS tem Work Health, Mental Health, etc, e os modelos de gestão da OIT, OMS, e promoção à saúde. As referências foram ampliadas. As referências anteriores, eram muito voltadas para o ambiente de trabalho, predominantemente industriais, e hoje existem essas outras possibilidades.

Outra mudança que ocorreu no programa e que trouxe como consequência novas escolhas bibliográficas, foi a implantação da aprendizagem por competências. Durante os quatro meses de discussão através de oficinas, cada participante trouxe contribuições que permitiram levantar algumas referências que estavam fora do padrão. Por exemplo, o “Tratado de Saúde Coletiva” – Gastão et al. 92012), mais especificamente os capítulos sobre sociologia e promoção de saúde.

Segundo o coordenador do PRM III, a referência da disciplina Patologia do Trabalho, é o livro com o mesmo título do Prof. René Mendes, mas cada disciplina tem suas referências. Como elas são realizadas junto ao mestrado, as referências são as que estão no programa de mestrado.

As referências da parte de legislação são as Normas Regulamentadoras (NR).

No PRM IV, os livros texto são o livro do Prof. Rene Mendes e o Current Diagnóstico e Tratamento, nova edição, além disso a bibliografia via internet. Os residentes tem acesso à um sistema comprado do Canadá, que é facultado também aos demais alunos, basicamente, e um de toxicologia que também foi instalado. O restante dos livros de medicina eles podem pegar na biblioteca da faculdade, pois o acesso é livre, como se fosse para qualquer pesquisador ou aluno da faculdade.

4.3.2 ASPECTOS GERAIS DO CURSO E AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS COORDENADORES²⁶

4.3.2.1 A Especialidade e seu prestígio

Dos quatro coordenadores, três apontaram que a especialidade é muito desprestigiada socialmente, porém, essa foi uma observação enfática e repetida em vários momentos na entrevista da coordenadora do PRM I. Segundo sua análise, pela falta de autonomia profissional, e ainda porque a Medicina do Trabalho não é a primeira escolha dos candidatos para especialização.

A visão que se tem do médico do trabalho, pelo menos na sua versão mais comum, é que ele trabalha para empresa e assim ele não tem absoluta autonomia moral pra decidir o que fazer e como fazer. Nós médicos somos formados na faculdade para ter absoluta autonomia. Alguns colegas falam isso claramente “como é que eu tenho uma percepção de um diagnóstico ou de um cuidar da saúde, de assistência, que deve ser conduzida e isso vai ser constrangido pelo dona da empresa?” (REGINA, PRM I)

“No Brasil ela não é a primeira escolha profissional de um médico, ela é a segunda, e isso não é só no Brasil nos Estados Unidos também. A especialidade passa a ser um “bico”, se faz uma formação mais curta e arruma-se um emprego, um ambulatório, não tem plantão. As pessoas na verdade, mesmo entre os médicos, não entendem muito bem quais são as competências, habilidades exigidas do médico do trabalho, isso é muito frequente. (REGINA, PRM I).

Segundo Regina, a falta de prestígio, passa também pelas instituições que deveriam desenvolver políticas de apoio aos PRMMT.

...tem que se reconhecer que a residência de Medicina do Trabalho não é uma das áreas prioritárias nem do MEC nem do Ministério da Saúde. Ela não tem incentivo, fomento, como teve Saúde da Família, por ex. Houve especialidades que tinham uma grande carência no

²⁶ Segundo Gomes (2004): O conceito de representação social situa-se nas fronteiras entre a sociologia e a psicologia. A origem provém do termo “representação coletiva”, desenvolvido por Durkheim. Este sociólogo teorizou que as categorias básicas do pensamento teriam origem na sociedade, e que o conhecimento só poderia ser encontrado na experiência social, ou seja, a vida social seria a condição de todo pensamento organizado e vice-versa. As representações coletivas designavam um conjunto de conhecimentos e crenças (mitos, religião, ciência...), que para Jodelet, trata-se de um conjunto, atualmente reconhecido pelos psicólogos sociais, para designar “... fenômenos múltiplos que se observam e que se estudam aos níveis de complexidade, individuais e coletivos, psicológicos e sociais variados.” Durkheim propôs, como condição essencial na elaboração do conhecimento, a formação de conceitos que são repartidos pelos membros do grupo, com origem nas características da vida na coletividade.” Acessado no endereço: <https://www.sinpro-rio.org.br/site/admin/assets/uploads/files/7e657-gomes-marcos-alexandre-de-souza-representacao-social-uma-genealogia-do-conceito-comum-23.pdf>, em 07/12/2019.

Brasil e que o MEC incentivou fortemente, até pressionou as universidades para que abrissem vagas, esse nunca foi o caso da Medicina do Trabalho. Ela tem outros mecanismo de formação de especialista no mercado que é o curso de especialização, então o MEC apoia, paga as bolsas, mas não é dos programas “top” do MEC e nem do Ministério da Saúde.

Para a coordenadora do PRM II, a falta de prestígio se fundamenta no desconhecimento dos médicos sobre a origem da especialidade no Brasil :

...muita gente, de forma pejorativa, diz que a Medicina do Trabalho é uma especialização criada por lei, mas desconhecem a história. (SANDRA, PRM, II).

Segundo ela, os serviços de Medicina do Trabalho dentro das empresas, foram criados por uma portaria de 1972 (atuais SESMTs), e não havia médicos para atender essa necessidade. A FUNDACENTRO, que era um braço do Ministério do Trabalho, foi responsável pelo curso de pós graduação de 1973 a 1986. Como a FUNDACENTRO não conseguia sozinha formar os médicos no Brasil todo, foi feito convênio com Universidades. Então, durante treze anos, esta instituição foi uma das Universidades que fez esse convênio. Atualmente, a instituição não oferece curso de especialização *lato sensu* além da residência médica.

Segundo a coordenadora do PRM II, hoje essa modalidade de curso “*espalhou igual fogo na palha*”, o Brasil inteiro, trinta e dois anos depois, convive com os efeitos adversos desta abordagem.

Para o coordenador do PRM III, o desprestígio da especialidade, vem com o modelo político hegemônico agravado pela conjuntura político-social, nos últimos anos no Brasil:

É um modelo de retirada de direitos na educação e na saúde que é uma ameaça à vida. Vivemos hoje uma situação climática quase irreversível, o aquecimento global, o derretimento das geleiras, o desmatamento, agressão à biodiversidade, a poluição do mar, é um modelo hegemônico que para resistir não está sendo fácil e que há um período de depressão crescente, é um fenômeno mundial, de um modelo mundial. Não se tem perspectivas saudáveis, de segurança e de estabilidade, sem muito freio.(PAULO, PRM III).

Essa nossa área perdeu um pouco do vigor, o próprio SUS na área da saúde e na própria área médica. Hoje os médicos mais valentes, mais politizados acham uma forma de dar continuidade disso na Saúde da Família. Deslocou o que antes era da Saúde do Trabalhador. Hoje vc encontra poucos militantes nessa área. Por questões de mercado de

trabalho, a Saúde do Trabalhador paga muito pouco ao médico, ao contrário da Saúde da Família. (PAULO, PRM III).

4.3.2.2 Fragilidades da formação dos alunos que ingressam na área ou dos médicos não especialistas

Com exceção do PRM III e IV, que não evidenciam essa crítica, os demais programas deixaram claro a pouca habilidade dos alunos para atuação nos serviços em Saúde do Trabalhador, quando chegam nos programas.

Esta situação provocou a aproximação dos PRMMT com residências de outras especialidades, e a criação de estágios nas clínicas como ortopedia de coluna, de mão, de ombro e joelhos, reumatologia, oftalmologia, dermatologia etc., com a finalidade de oferecer aos residentes maior conteúdo clínico para o diagnóstico diferencial das patologias relacionadas ao trabalho.

Os alunos achavam que para ser médico do trabalho não precisa conhecer nada de clínica, por exemplo. Eles mesmos se queixavam que o atendimento no centro de referência era complexo, que precisavam pelo menos saber abordar o paciente. Para atender essa demanda, foram criados os estágios nas especialidades para complementar a formação, muito importante, principalmente na ortopedia. (REGINA, PRM I).

...mas eu sinto, assim, os meninos chegam com insegurança na clínica, e com tudo o que a gente tem que cobrir no programa, eu acho que a gente não consegue dar conta de suprir plenamente essa insegurança da clínica num curto espaço de tempo que a gente já tem. Fazendo uma autocrítica mesmo. (SANDRAa, PRM II).

Paulo, PRM III, não inclui seus alunos de residência nessa crítica, mas faz uma observação quanto aos médicos que atendem trabalhadores: não têm noção sobre os riscos a que os mesmos estão expostos.

Muitas vezes, os médicos em geral, não sabem fazer perguntas para o trabalhador sobre as questões do trabalho, “qual sua ocupação?”, “o que faz?”. “É uma coisa assim pré Bernardini Ramazzinni. (PAULO, PRM III).

Para ilustrar, Paulo citou o caso de um trabalhador que permaneceu internado na UTI por quinze dias, e na alta recebeu uma receita de vitaminas com diagnóstico de “fraqueza”. Ao ser atendido no ambulatório do PRM III, foi feito diagnóstico de Intoxicação

Aguda por Agrotóxicos pois o trabalhador misturava altas quantidades desses produtos no seu trabalho. “Esse é o dia a dia. É um desconhecimento e uma baixa formação do médico nessa área, do estudante de medicina nessa área.”, diz ele.

4.3.2.3 Formar médicos para servir a quem? Atuar no SUS ou no mercado privado?

A coordenadora do PRM I, Regina, destaca que a partir de 2003, após a criação da especialidade, houve a discussão do Projeto Político Pedagógico (PPP) para os PRMMT, e a intenção era formar médicos do trabalho para todos os cenários, com ênfase no Sistema Único de Saúde (SUS), uma vez que a RENAST estava sendo implantada. A concepção original pensada, era a formação de médicos que fossem capazes de atender as habilidades e competências previstas para o médico do trabalho, e com identidade para atuar na RENAST.

Nesse período foi discutido no PRM-I como contemplar as competências dentro dos estágios, mas o grande entusiasmo de todos nós na época, é que nós achávamos que o sistema único de saúde, iria incorporar de uma outra forma esse profissional, que estava se abrindo a um outro mercado de trabalho e a gente estava fazendo tudo focalizado para isso. Isso deu muita tensão, principalmente no final da primeira década do novo milênio, porque os residentes se queixavam que esse mercado não os estava absorvendo e que eles queriam mais empresa, e queriam mais empresa, e queriam mais empresa, porque ‘é esse mercado que eu vou trabalhar’.

Residente chegou pra mim ‘professora não tem concurso pra gente, as prefeituras daqui da região metropolitana não abrem concurso para médico do trabalho e quando abrem é uma vaga e não é para fazer isso que a gente está vendo aqui não, é para ser médico do trabalho para os funcionários dela, não é para atuar dentro do centro de referência’, e isso foi gerando uma tensão enorme porque os residentes nos acusam de ter uma concepção, habilidade e competência nem tanto, mas assim, quando a gente formatava isso para o cenário de treinamento, havia um descompasso entre o que nós oferecíamos e o que o mercado pedia, então assim, ‘se eu ficar só atendendo centro de referência, a maior parte da carga horária em centro de referência eu não vou dar conta de fazer PCMSO, PPRA’, eles já chegam assim ‘como é que faz PCMSO, como é que faz PPRA?’

‘Olha, tudo bem que esses instrumentos são legais e são muito frágeis, eles têm muitas lacunas, mas eu vou ter que aprender a fazer, porque quem me emprega quer que eu faça isso. (REGINA, PRM I).

Apesar das críticas da coordenadora ao uso desses instrumentos, reconheceu a necessidade de discutí-los. Segundo ela, isso gerou muita tensão:

Assim, o programa foi mudando ao longo do tempo. O segundo ano não era totalmente concentrado nesses estágios que se tem atualmente, durante muito tempo ele foi concentrado muito no centro de referência, isso foi outra fonte de tensão. (REGINA, PRM I).

Por outro lado, os quatro programas reconhecem que o SUS incorporou de uma forma muito limitada a questão da Saúde do Trabalhador.

A RENAST passa por uma crise, há um enfraquecimento. Um grande questionamento dos municípios que sediam centros de referência com relação ao custeio, porque eles assumem um micro território e tem que bancar grande parte do custeio de outros municípios, eles não querem fazer isso. Há uma fragmentação da política, uma queda da procura dos trabalhadores pelos centros de referências que compromete a formação dos residentes. Esse é o cenário, pano de fundo no PRM I. (REGINA, PRM I).

a emergência do campo da Saúde do Trabalhador no SUS foi importante. Apesar do pequeno número de profissionais nos centros de referência, considera que o tema é muito forte e trouxe mudanças significativas para a área. (SANDRA, PRM II).

Quanto à oferta de mercado no setor público, Sandra refere que os CEREST são muito restritos ainda. Ela faz um cálculo considerando que o número de CEREST habilitados até 2015 foi de 208, o número de médicos do trabalho era 343 nos CEREST, esse valor corresponde a 10% do número de médicos registrados no Ministério do Trabalho, segundo dados do SESMT online, então, conclui que é um mercado muito fraco para médicos do trabalho, embora os CERESTs precisem de médico do trabalho.

Mas como perspectiva, dada pela experiência do PRM-II, Sandra diz que a atenção básica precisa do conhecimento da Medicina do Trabalho, porque a demanda existe, e é uma falácia se acreditar que o médico clínico dá conta disso na unidade básica. Outra é acreditar que toda a demanda vai ser atendida pelo Cerest, porque também não dá.

[...] eu dou um exemplo aqui do CEREST do nosso município, é muito bom, combativo, respeitado, mas quantos médicos têm? Na verdade tem um, porque tem dois meio período, então eu falo que tem um médico inteiro, é um médico inteiro que é para oito municípios, então não dá conta, eles estão sempre sufocados, e eles estão sufocadas com uma demanda na atenção básica absolutamente reprimida, eles só não atendem mais porque atenção básica não dá conta de enxergar o que está na cara deles, então aí entra um ato que a gente acredita, aí não é nem necessariamente uma leitura de mercado presente, mas até uma leitura de mercado futuro, a gente acha que (se o SUS sobreviver, tem isso também que a gente tem que discutir, mas

considerando que o SUS vai sobreviver, porque a gente vai vestir a camisa e vai defendê-lo) a atenção básica tem tudo para se fortalecer nesse país, onde a Saúde do Trabalhador é absolutamente importante. (SANDRA, PRM II).

Para justificar a importância da Medicina do Trabalho na Atenção Básica, a coordenadora lembra dos dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE de 2013, sobre o número de acidentes de trabalho verificados pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio - PNAD, que foi de cinco milhões de trabalhadores acidentados.

Sandra coloca ainda, que não acredita que a saúde do trabalhador vai ser dada dentro de SESMT, não porque não tenham competência e não sejam bons, a questão é que:

[...] com as mudanças na organização de trabalho o número de trabalhadores atendidos pelo SESMT só diminui, a gente tem menos de 5% hoje dos trabalhadores brasileiros atendidos pelos SESMT. Se você pensar na última PNAD, acho que foi publicado em março se eu não me engano, são 23 milhões de trabalhadores, que eles chamam de microempreendedores, que na verdade são os autônomos da vida, aonde é que esses caras vão buscar assistência médica, eles estão na Saúde Suplementar? Não estão, porque eles não conseguem nem pagar o próprio plano de saúde do jeito que a Saúde Suplementar está no Brasil, ele não consegue contratar o próprio plano de saúde, trabalham por conta própria, no final é isso que isso significa, são os SUS-dependentes, e tem problemas de saúde relacionados ao trabalho. É o cara que montou a serralheria no quintal, é o cara que tem a marcenaria no puxadinho, os riscos estão presentes o tempo inteiro, quem é que vai cuidar disso, a gente acredita que é atenção básica [...] (SANDRA, PRM II).

Segundo Paulo (PRM III), na sua região existe o CEREST Estadual mas ficou muito atrasado, não conseguiu cumprir a meta de atender trabalhadores, sempre atenderam muito pouco. Atualmente ainda existem algumas assistentes sociais que também trabalham no Centro de Estudos. Existe um diálogo entre as duas instituições.

Para suprir a necessidade da faculdade, o Centro de Estudos do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina, criou um ambulatório com técnicos, cuja demanda atualmente também vem diminuindo muito, muita gente está se aposentando. Têm-se priorizado a vigilância em detrimento da parte ambulatorial ou da assistência.

A conjuntura estadual, por muitos anos, não favoreceu o SUS, resultando numa baixa cobertura na atenção primária e no próprio CEREST só começou a funcionar o ano passado. Nesse contexto histórico, o Centro de Estudos se fortaleceu mais.

Por outro lado, a RENAST não abriu perspectiva para absorver os profissionais formados no PRM III, para isso, a RENAST teria que abrir concurso.

Todos os nossos residentes vão para fora, é lógico, se você não oferece nenhum bom salário, você quer que ele deixe de ir para Petrobrás para ficar aqui? Primeiro não tem concurso desde 2005, essa coisa é um papo furado, tem aqui no Centro de Estudos, não tenho paciência não. Termina a residência a gente abre esse concurso, valoriza essa área do SUS completamente, vai ter ex-residente assumindo! (PAULO, PRM III).

O coordenador do PRM IV, Roberto, diz que procura-se formar uma pessoa que seja comprometida com a saúde do trabalhador. Inclusive há dois anos o curso alterou seu nome de Medicina do Trabalho para Saúde do Trabalhador.

Ao ser indagado sobre a razão dessa mudança, Roberto explica que Saúde do Trabalhador é mais abrangente, “*está mais próximo da gente!!! Era como se formássemos só médico de empresa.*”

É claro que a competição é difícil porque a pessoa precisa sobreviver, onde é que ele vai ganhar mais, é aquilo que eu te falei, serviço público não tem. Não absorve. Não tem concurso, e quando tem também o salário é baixo, então esse pessoal vai para iniciativa privada, a gente tenta então que esse indivíduo na iniciativa privada tenha ética, não seja um funcionário da empresa, não vista a camisa da empresa. (ROBERTO, PRM IV).

4.3.2.4 Mudanças Destacadas

4.3.2.4.1 Perfil dos residentes

Regina caracteriza as mudanças ocorridas no perfil dos residentes, como uma “ruptura geracional” que começou a acontecer no final da década de 1990.

É uma questão geracional pois os alunos da residência, eram militantes estudantis, eram militantes engajados na vida política-social do país, isso acabou. (REGINA, PRM I).

A coordenadora diz que seus alunos já nasceram com o sistema único de saúde, não tem mais aluno de residência que tenha nascido antes do SUS, por isso eles não têm essa memória, eles aprendem na escola o que é SUS.

Essa geração não viveu essa construção, não sabem o que é não ter o SUS. No hospital universitário, se o paciente fosse chamado de indigente, eles não saberiam o que é isso, então eles nunca se mobilizaram nem para essa construção e, infelizmente agora, nem para manutenção. São outros valores e é uma geração um pouco mais individualista. (REGINA, PRM I).

Segundo Regina, as mudanças do perfil dos residentes se manifestaram através de cobranças de uma formação mais robusta do que eles consideraram ser as exigências do mercado privado de trabalho.

Eles querem fazer mais estágios em empresas, eles querem dominar mais as competências que as grandes empresas exigem. Por exemplo, vários acham que uma formação em gestão, gestão em serviço em saúde, independentemente do nível do estágio em que estejam, é muito importante e eles não recebem isso de uma forma organizada no programa, não tem uma discussão sobre isso, eles vão para o estágio e veem isso misturado com treinamento prático. Esse é um problema que a coordenação vai ter que se debruçar. O programa que em 2004 era muito centrado no CEREST, ou seja, no serviço especial em saúde do trabalhador, foi diversificando mais os seus cenários de treinamento para os residentes. (REGINA, PRM I).

Diante das preocupações da coordenadora do PRM II com a residência médica, para ela seria muita arrogância, dizer que forma profissionais de excelência. Pode-se dizer que há uma “perseguição” da excelência. O cuidado é formar profissionais que tenham qualidades profissionais, para isso se procura fazer tudo com devido zelo, devido cuidado, é obvio que nem sempre se alcança plenamente os objetivos.

No PRM III, Paulo não enfrenta problemas apontados pela coordenadora do PRM I. Diz que, dentro daquilo que foi colocado como o perfil que se busca do residente do PRM III, ser um bom residente, técnico, respeitoso já é uma boa coisa.

Não há um descontentamento em relação ao residente que tem se formado no programa, não se tem visto, por vezes, egressos com problemas, eles saem com uma boa formação 100% melhor do que nos cursos de especialização. (PAULO, PRM III).

4.3.2.4.2 A Saúde Coletiva na formação em Saúde do Trabalhador

Na narrativa histórica dos coordenadores, aparece a área Saúde Coletiva/Medicina Preventiva como a origem dos PRMMT. Ao ser questionada se a ausência da Saúde Coletiva

na grade curricular da residência, e a diminuição da carga horária dessas disciplinas na graduação influenciou as mudanças no programa, responderam:

Na verdade reduziu um pouco a carga horária, mas no ponto de vista de como o curso é ministrado, o Departamento de Medicina Preventiva é altamente identificado com o sistema, tem militantes históricos. Muitos secretários municipais de saúde saíram da Medicina Preventiva, sempre tiveram uma atuação na sociedade muito grande, muito intensa. Eram todos médicos sanitaristas.

Regina nos conta como e porquê se deu a extinção dos médicos sanitaristas.

O PRM-I era residência de Medicina Preventiva e Social, a Saúde do Trabalhador era uma área de concentração dentro da residência. Quando o aluno entrava podia escolher Epidemiologia, Gestão de Serviço e Saúde, Ciências Sociais em Saúde ou Saúde do Trabalhador. [...] Eram oferecidas 16 vagas para o programa de RI. A partir da década de 1990, essas pessoas deixaram de ser absorvidas pelos serviços. (REGINA, PRM I).

Diante desse contexto, o sanitarista só tinha um lugar para trabalhar que era o Estado e este deixou de abrir vagas para sanitaristas. Segundo Regina, muitos ficaram desempregados longo tempo e fizeram clínica. Isso foi diminuindo a atratividade dos programas de Medicina Preventiva no PRM-I, o que aconteceu também, em outras universidades. No final da década de 1990, grande parte desses programas tinham acabado e o Estado oferecendo um número cada vez mais reduzido de vagas para a residência, de dezesseis caiu para quatro, com muitos conflitos entre os residentes, problemas de identificação vocacional. Foi quando surgiu a possibilidade da construção da residência em Medicina do Trabalho. A única área que ainda atraía interesse dos alunos era Medicina do Trabalho.

Os professores também perderam o interesse, inclusive os militantes sanitaristas. Eles passaram a investir no programa de pós graduação sensu stricto, mestrados e doutorados da saúde pública, então a residência de Medicina Preventiva acabou. A mudança geracional é inquestionável. Não houve mais alunos com motivação de ser sanitarista, de construir um SUS. (REGINA, PRM I).

Para a coordenadora do PRM II, é importante falar aos residentes sobre os determinantes sociais de saúde. Eles não são novos, mas a discussão dos determinantes

sociais é uma discussão muito forte no departamento de Saúde Coletiva, que estava um pouco afastada da Medicina do Trabalho.

Para corrigir esse distanciamento, a coordenadora do PMR II está inaugurando uma atividade que em 2019 talvez vire uma disciplina para todos os programas de residência em Saúde Coletiva, que é uma discussão de caso multiprofissional. A proposta é ter saúde da família, saúde mental, medicina da família, medicina preventiva, todos juntos discutindo aspectos diversos a respeito de um mesmo caso. Esta forma de discussão trará um foco na questão dos determinantes sociais.

Para o coordenador do PRM IV, apesar da instituição ter o Departamento de Saúde Coletiva, as disciplinas da residência são desvinculadas da pós-graduação, pois não teria como eles aprenderem higiene industrial, por exemplo, avaliar ruído, avaliar calor, avaliar vibração, avaliar gases e vapores, radiação ionizantes, segurança do trabalho, EPI, proteção respiratória. Não são especialistas nesses temas. Geralmente, as aulas são dadas por colegas que têm experiências nessas áreas. É o pessoal que dá o curso de especialização de 620 horas. Essas atividades práticas de instrumentos, são oferecidas no laboratório da Fundacentro.

4.3.2.4.3 Mudanças ocorridas no perfil epidemiológico de doenças relacionadas ao trabalho

Todos os coordenadores apontaram o aumento dos transtornos mentais, como um fator de impacto nas mudanças do perfil epidemiológico das doenças relacionadas ao trabalho. No caso do PRM I, entre outras mudanças que ocorreram nesse tema, a intensificação dos casos de transtornos mentais foi mais intensa, e exigiu providências mais concretas, pois começou a ser vivenciada através de um caso de suicídio entre alunos da própria faculdade, e de tentativas de suicídio entre os alunos da residência médica.

...o suicídio, por exemplo, chegou ao centro de referência não por paciente mas por um caso de suicídio de aluno de graduação da medicina e tentativa de suicídio entre os médicos residentes. Os próprios alunos chamaram à discussão. Eles entendiam que tinha a ver com a forma como a escola organiza o processo de formação do médico. Foi então desencadeando um atendimento ambulatorial de demanda espontânea para médicos residentes e alunos. (REGINA, PRM I).

Os profissionais da saúde foram os primeiros a pautar a questão da saúde dos trabalhadores da saúde, por exemplo, esse intenso sofrimento mental, inclusive tentativa de autoextermínio como decorrente das condições de trabalho. O psiquiatra que atende no serviço, começou a fazer uma discussão sobre suicídio e trabalho, sobre depressão e trabalho.

Segundo Regina, outras mudanças que ocorreram de forma significativa, foi o aumento dos atendimentos dos trabalhadores de serviços. Chegaram também, trabalhadores de mineração, que vêm das outras cidades, e muito pouco trabalhador rural.

Um destaque interessante para a demanda dos atendimentos do PRM I, foi um projeto novo “Artistas de Performance”, que começou através de uma terapeuta ocupacional que já trabalhava em um centro de referência de saúde do trabalhador da região, mas se aproximou do PRM-I via pós-graduação (doutorado), e seu projeto de pesquisa era com músicos. Um professor da Faculdade de Medicina e da Escola de Música, médico e pianista, se juntou à terapeuta ocupacional e montou o serviço que só atendia músicos. O PRM-I começou a receber músicos que tocavam na noite, que tocavam em orquestras, e assim foi emergindo uma atividade com pessoas que faziam um trabalho lúdico.

Apareceram problemas de saúde mental, perda da audição, muitos problemas osteomusculares e acabou virando um projeto que tende a se expandir para outros artistas de performance como bailarinos, atores, por ex., ninguém os olha. (REGINA, PRM I).

Segundo Sandra, coordenadora do PRM II, observou-se mudanças no perfil epidemiológico da morbimortalidade:

...como, por exemplo, aumento dos transtornos mentais, mudanças que ocorrem porque diminui o estigma, portanto aumenta o diagnóstico, mas principalmente porque muda a estrutura de trabalho. Lembra que no Brasil houve diminuição drástica do emprego no agronegócio, nos últimos trinta anos, em decorrência da mecanização do trabalho, o que leva a mudanças, também nas relações de trabalho. (SANDRA, PRM II).

Ao confirmar o aumento de atendimentos de casos por Transtorno Mental, o coordenador do PRM III disse que atende esses casos às quintas feiras com uma psiquiatra que trabalha muito nessa área, que é também médica do trabalho, com muita experiência. Existe outro profissional que também atende transtorno mental, mas é especialista no Hospital das Clínicas, e na Petrobrás os residentes veem isso também.

...não se cria uma disciplina a partir dos problemas, não se trabalha dessa forma. Na verdade não se tem uma mudança de currículo, o que determina a mudança é a prática.

“ Não houve necessidade da ampliação do número de disciplinas, as disciplinas chaves são as contempladas na Patologia do Trabalho, Epidemiologia, Medicina do Trabalho, e no segundo ano Ergonomia e Toxicologia. As questões emergentes são abordadas na carga teórica da pós graduação.”

“Então a gente não vê uma especificidade ‘ah vamos trabalhar...’, a gente vê tudo, então a gente discute, mas com um conceito mais amplo. Mas a prática, se for mais transtorno psíquico, vai chegar, aí o residente vai fazer mais relatório para discutir mais, entende? Quer dizer, o residente fica em função do que aparece e em função daquilo que se tem como prioridade no atendimento ambulatorial, que é o 85% da atividade do dia a dia. (PAULO, PRM III).

Paulo refaz o programa da residência anualmente, uma semana antes de começar, e altera muito pouco. Por exemplo, quando o sindicato saiu como campo de prática.

Para o coordenador do PRM IV:

[...]dados de acidente existem, porque todos estão envolvidos, então vigilância é só de acidente, mas não existe para as doenças, não se pesquisa, porque a rede vai fazer isso. A rede não existe, não funciona, não tem médico, está um caos, fecha posto, monta AMA. E o AMA vai fazer vigilância do trabalho? Não vai. (ROBERTO, PRM IV).

Roberto coloca que há dificuldade em se ter perfil epidemiológico, se não existem profissionais comprometidos que façam diagnóstico, ou quando têm eles não são contratados.

O clínico do posto pode até achar que é do trabalho, mas ele também não vai fazer uma CAT, ele nem sabe o que é isso. (Roberto, PRM IV).

O coordenador critica também, o sistema de notificação do SUS:

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN, é uma ficha que nunca teve um pré teste, que tem vários campos que não se sabe se não foram preenchidos porque não tem os dados ou porque foram ignorados. Muitas informações não são utilizadas. E para unidade sentinela que você vai lá e ele não está “na guarita”. Não tem ninguém “na guarita”, para que sentinela então? (ROBERTO, PRM IV).

4.3.2.4.4 Das emergências de desastres, novos tipos de acidentes e/ou acontecimentos afins ao campo

A influência de desastres ampliados, foi mais significativa no PRM I. No PRM II os residentes têm acesso às aulas em Saúde Ambiental, onde os acidentes são discutidos. Nos demais, esta questão é discutida durante os eventos ou aulas teóricas de cursos que contam com a participação dos residentes.

Um grande acidente ambiental ocorrido na região, permitiu o envolvimento dos residentes. Eles participaram da visita técnica no local do acidente e surgiu um projeto numa das cidades atingidas. O acidente foi objeto de uma disciplina na pós graduação, alguns dos residentes participaram e foi feito uma discussão sobre vários aspectos do acidente. (REGINA, PRM I).

Os grandes desastres, como o da Samarco em Mariana; da Hydro Alunorte no Pará, do Recanto dos Pássaros em São Paulo, são discutidos em seminários. Dentro do Departamento de Saúde Coletiva tem a área de Saúde Ambiental, coordenada por um professor especialista que traz muitas contribuições nas discussões, no tema, com os residentes. Esse é um privilégio do PRM II. (SANDRA, PRM II).

Em relação a outros eventos como nanotecnologia, por ex., a coordenadora do PRM I diz que não houve ainda motivação por parte dos trabalhadores que procuram o serviço, para discutir o tema. Têm-se conhecimento pela literatura.

Paulo, PRM III, refere que as questões da indústria 4.0 e da nanotecnologia, não estão chegando. Segundo Paulo, em relação a São Paulo, há um atraso tecnológico, tem uma empresa que está robotizada, mas não têm chegado trabalhadores ao serviço com tanto peso, talvez no mestrado chegue, porque eles têm uma atividade de pesquisa orientada que pega muitos temas, mas nem sempre o residente está presente nesse dia.

No PRM IV as questões emergentes são abordadas no curso de especialização que os residentes cursam, durante a residência. Os professores trazem as mudanças que estão ocorrendo e as inovações são discutidas, como por ex., a questão dos transtornos mentais relacionados ao trabalho, discutida por um preceptor com experiência no tema..

4.3.2.4.5 Dos aspectos jurídicos legais

As mudanças relacionadas aos aspectos jurídicos legais que ocorreram antes da Reforma Trabalhista, foram muito pouco enfatizadas pelos entrevistados.

Ressalta-se as mudanças ocorridas no INSS, colocadas pela coordenadora do PRM II:

...de todas as mudanças que já ocorreram relativas ao arcabouço jurídico institucional, a de maior destaque foi o conceito da inversão do ônus da prova, que marcou de forma mais profunda as ações de prevenção. Não me refiro ao NTEp que considero uma ferramenta absolutamente imperfeita, apesar de reconhecer que tenha revelado situações importantes, como foi constatado através de um levantamento realizado por mim, mostrando que, nos últimos dez anos, manteve-se uma proporção dez vezes maior de doenças relacionadas ao trabalho, sem emissão de CAT. Isso mostra o quanto o NTEp é importante, no ponto de vista de reconhecimento para a saúde pública, mas não é suficiente. Esses números apontados pelo INSS não se refletem no SINAN, então é um sistema imperfeito. Outro exemplo da imperfeição do NTEp é a ausência das montadoras de automóveis na relação das empresas inseridas no NTEp, até hoje injustificada. (SANDRA, PRM II).

Exemplifica a importância da inversão do ônus da prova através de uma situação vivenciada na década de 1990, quando a coordenadora acompanhou caso de ação judicial de um trabalhador, para comprovação denexo por lesão auditiva induzida por ruído.

Hoje vive-se situação inversa, o empregador que tem que provar que essa perda auditiva não foi no ambiente de trabalho. Para a coordenadora, é mudança legal e, portanto, de jurisprudência mais poderosa nos últimos 30 anos. Obriga o empregador a investir, documentar, e ter soluções que sejam de fato efetivas, caso contrário perde a ação. Mas, lembra que com a reforma trabalhista, isso pode ser modificado de maneira significativa. (SANDRA, PRM II).

A Reforma Trabalhista no Brasil, foi uma mudança significativa na Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) instrumentalizada pela lei Nº 13.467 de 2017. Estimulou a precarização e terceirização, com mudanças e intensificação de ritmos de trabalho, e enfraquecimento sindical. Foi citada pela coordenadora do PRM I, mas na época da entrevista não havia ainda como expressar o impacto sobre o programa.

...no momento não me sinto confortável para falar, pois ainda não domino o assunto e fico insegura para discutir com os residentes. Os próprios trabalhadores trazem questões que dão para perceber mudanças, como por ex. entrar com processos judiciais. Muitos, quando chegam ao serviço já fizeram avaliação de risco com seus advogados, percebe-se claramente que diminuíram muito as solicitações de relatórios para a justiça, mas aumentaram os da previdência.

Numa avaliação global, a reforma trabalhista tem impacto. Para uma análise mais profunda pretendo trazer um palestrante para discussão do tema, assim como a Reforma da Previdência. Mudou também, para a empregada doméstica, como isso impacta no atendimento? É um desafio entender o que isso vai significar e como vai impactar nas condutas e orientações dentro do serviço. As mudanças são muito rápidas e interferem na forma de conduzir os casos no cotidiano, há necessidade de estudar. (REGINA, PRM I).

4.3.2.4.6 Do Mercado do Trabalho

Os PRM III e IV consideraram esta questão já respondida, nos itens anteriores. Destaca-se as considerações da coordenadora do PRM II, que mais enfatizou a resposta sobre o tema.

Para Regina, PRM I, as novas formas de produção, trazem mudanças significativas:

...vem reduzindo o número de trabalhadores seja por conta do perfil econômico que está definindo o país, mas principalmente por conta da automatização e da mecanização, e têm práticas que não se colocam mais...

Sandra diz:

Começando pela avaliação do privado, se observa uma mudança no perfil de mercado, uma necessidade de que o médico do trabalho seja muito mais um gestor de saúde, do que alguém que vai cumprir NR 7, diferente dos mercados que existiam há 20 ou 30 anos atrás.

Por exemplo, Gestão de Saúde Suplementar em corretoras, isso está se abrindo. No Brasil são, mais ou menos, 40 milhões de vidas contratadas, é bastante gente, é 80% dos planos de Saúde Suplementar, são planos empresariais. E aí o que acontece com essas corretoras de saúde, elas contratam médicos que tem Gestão de Serviço Hospitalar, só que não sabem fazer gestão de saúde, eles não conhecem trabalhador, não conhece o trabalho, não conhecem as oportunidades do trabalho, e eu não estou dizendo que o médico do trabalho conhece essa gestão, pelo contrário, estou dizendo que a gente tem uma deficiência de formação nessa área, então você tem demanda de mercado e você não têm formação adequada. O que que a gente fez? Vamos incluir isso no nosso estágio.

Assim olha, gestor e promotor de saúde público e privado, isso para mim é muito claro, esse é o papel que se espera no futuro. E mudanças recentes no trabalho também, óbvio, globalização, novas organizações, novos riscos, novas doenças, novas exigências e tudo mais.

Ao ser questionada como estas questões dialogam com a residência, ela diz:

Sendo muito franca, a gente está brigando com isso, a gente está tentando, acho que a gente não conseguiu sequer compreender como isso se dá e qual é o alcance de todas essas mudanças. Voltando na semana passada que eles estavam lá na horta, metade dos trabalhadores ali, eram trabalhadores avulsos, pode um residente meu chegar lá e falar assim ‘ Vou denunciar todo mundo porque não tem carteira assinada’? Não é o papel dele, ele tem que entender que ele está ali para ajudar esse trabalhador, que é informal, nós temos papel até de ajudar a tirar esse trabalhador da informalidade, mas você não faz isso com uma visão policlesca.

A gente tenta, mas, será que está dando certo? Não sei, acho que isso é novo.

O fato de ter ido principalmente para a atenção básica, nessa nova frente de estágio em 2017 para cá, isso fez com que os residentes ficassem muito mais em contato com essas outras formas de trabalho, e vou além, porque a gente sempre tende a pensar no empregador que tem o poder econômico muito alto e o trabalhador que está sendo explorado, lá a gente encontra com trabalho domiciliar onde empregador e trabalhador é a mesma coisa, o primeiro funcionário que ele conhece é a filha que vai trabalhar no salãozinho de cabeleireiro, um sobrinho que vai ser chapeiro lá na lanchonete e por aí vai, então, para entender esse micronegócio, a gente está se esforçando bastante, mas não acho que a gente dá conta...

Sandra relata que essas questões são discutidas com os residentes, mas reconhece que o docente tem dificuldades. Ao atender um trabalhador catador de lixo com queixa de dor no ombro porque tinha pisado em falso no dia anterior, estava chovendo, havia um buraco no piso coberto de água, ele não viu, torceu o pé e caiu, e estava com dor no ombro. Ao examinar o tornozelo observou-se discreto edema, suspeitou-se de entorse, mas ao solicitar ao trabalhador que tirasse a camisa, havia luxação de ombro evidente.

Isso tira você da zona de conforto de tudo, você vai abrir Cat? Não tem CAT para abrir, é outro nível de discussão... Ele era catador de lixo, assim o que que ele ganha no final do dia? Não sei, não sei quantos reais, R\$20,00, sei lá quanto ganha por cada latinha que ele entrega na cooperativa de reciclagem. A gente lida com isso no dia a dia, e eu admito com muita franqueza, é difícil até para mim que sou experiente. Não sei se estamos fazendo do melhor jeito, mas não conheço quem está fazendo para dividir comigo.

Indagamos à coordenadora quanto ao mercado de trabalho da perícia médica, não colocado por ela anteriormente. Respondeu, que no segundo ano de residência os alunos acompanham a cada 15 dias uma perícia judicial, mas é um estágio opcional. O objetivo é

proporcionar a vivência, mais do que a judicialização. No trabalho do médico seria uma perspectiva de visão da atuação do assistente judicial, não existe estágio para assistente técnico.

Apesar da queda nas ações trabalhistas advinda da reforma trabalhista há cinco meses, o mercado de trabalho para médicos peritos continua sendo bom, segundo avaliação da coordenadora. O melhor perito para avaliar essas ações, continua sendo aquele que tem formação em Medicina do Trabalho, diz Sandra.

Mas a questão das perícias médicas é outra. Na opinião de Sandra, a perícia médica é outra especialidade. Explica que, como médico do trabalho cabe tudo, o que ele está fazendo não deixa de ser um ato pericial, considerando as condições para uma determinada atividade. Mas o que ele não faz é a “valorização do dano”, neste ato, que é exatamente diferente do que um perito faz.

[...] sempre gosto de lembrar, apesar da Medicina do Trabalho e a Perícia Médica terem um passado muito entrelaçado, quase nebuloso, em determinado momento, e esse momento é 2002, do ponto de vista da Comissão Mista de Especialidades e 2011, do ponto de vista associativo junto à AMB, esses são dois marcos que são divisores de águas entre o que é Medicina do Trabalho, Ramazziniana, com um olhar preventivo, e o que é perícia médica.

Eu tenho uma frase que é muito antipática, mas é muito didática que eu digo: o perito atua no fracasso do médico do trabalho. Eu sei que é uma frase antipática, mas ela é real, se eu pensar que o médico do trabalho deve promover, preservar e proteger a saúde, e alguma coisa dá muito errado, claro que tem a readaptação, reabilitação isso tudo é do médico do trabalho também, mas quando você judicializa, é o fracasso de todas as instâncias. É aí que o perito entra, o perito só entra depois que tudo deu errado, então é..., eu não tenho grandes esforços aqui dentro, de valorizar a experiência deles na perícia, exceto na perícia previdenciária, que é uma frente de estágio que a gente não conseguiu, e acho que não tem em nenhum programa de residência, porque esse convênio deveria ser feito a nível nacional e no INSS em Brasília, não se mexe. Essa é uma frente de estágio de perícia que eu gostaria de ter, mas porque não é a judicialização, e sim a questão da concessão de benefício. Não sei se eu respondi a sua pergunta.

A coordenadora relata que, dentro da vida associativa, sente que as pessoas buscam médicos do trabalho bem formados.

Gente, se os médicos do trabalho soubessem o que que eles estão perdendo, o médico do trabalho bem formado tem muito mercado. (SANDRA, PRM II).

4.3.2.4.7 Causadas pelos conhecimentos e posicionamentos da sociedade científica

Os coordenadores de todos os programas, consideraram suas atividades teóricas como um agente mobilizador que envolve a sociedade científica. Isto se manifesta através dos recursos das tecnologia de informação, na busca dos artigos de revisão dos últimos anos, conseguidos nas bases de dados, disponíveis nos programas; nos debates técnicos com os peritos; através da inserção de alunos em projetos de pesquisas, naqueles programas articulados com os cursos *stricto sensu*; ou nos trabalhos de conclusão de cursos, que ganham projeção internacional, quando bem feitos.

A ANAMT ganhou destaque na fala de três coordenadores:

[a formação]...ela tende a ser muito legalista, muito defensiva e muito desalinhada do mundo do trabalho, de uma forma geral. Eu vi uma prova da ANAMT, não foi recente, tem uns 3 anos, que dava vontade de rir, porque tinham questões de coisas que não existiam no Brasil, uma questão de uma intoxicação por alguma coisa que a chance do médico do trabalho ver aquilo é mínima, e aí um viés ainda muito voltado para o setor industrial. (REGINA, PRM I).

Em 2015 a ANAMT viabilizou uma parceria com Associação Médica Brasileira no “Projeto Diretrizes”²⁷, e os residentes participaram de revisões sistemáticas do projeto, então tem conflito de interesse, mas eles são incentivados a participarem da vida associativa, a acompanharem as publicações “Guidelines” das sociedades. Por exemplo, no início do ano, a sociedade norte-americana de hipertensão, publicou diretrizes modificando todos os parâmetros de normalidade para essa avaliação. Utiliza-se essas fontes para discutir com os residentes, com o propósito de atualização e análise crítica. (SANDRA, PRM II).

Roberto não sabe dizer se teve algum impacto, mas na sua opinião:

... a ANAMT deu uma melhorada, eu acho que ela deu uma melhorada na época do Zuher. O congresso de Foz Iguaçu, teve um enfoque menos empresarial do que tinha em outros congressos da ANAMT, que era muito focado em gestão, qualidade de vida, padrão de vida. Ele foi mais abrangente, foram outras correntes que não aquele setor que sempre comparecia, então eu acho que ele foi mais plural com

²⁷ Projeto Diretrizes da AMB se propõe à: orientar diagnósticos terapêuticos e, quando aplicável, condutas preventivas baseadas em evidências científicas; conciliar informações da área médica a fim de padronizar condutas que auxiliem o raciocínio e a tomada de decisão do médico; apresentam grau de recomendação e a força de evidência científica, e preservam a autonomia dos médicos. Acessado em 07/09/2019, no endereço: <https://diretrizes.amb.org.br/o-que-e-o-projeto-diretrizes/>

sindicato, rede social, centro de referência, espero que essa gestão da Márcia continue. (ROBERTO, PRM IV).

Em 2004, para adequar seu regimento interno às exigências da ANAMT, o PRM IV introduziu um complemento do curso de especialização, o “Programa de Estágio Monitorado” (PEM). Tem caráter voluntário, e foi estruturado com carga horária de 1.240 h, baseado na atividade do pós-graduando, como médico generalista em serviços de saúde ocupacional.

Considerando ainda, que a discussão da Resolução nº13 de 08/04/2019 do Ministério da Educação/Secretaria de Educação Superior, que aprovou a matriz de competências mínimas para os PRMMT e que tornou obrigatório o uso dessa matriz para os programas que se iniciarem a partir de 2020, foi elaborada pela ANAMT e está tendo uma grande influência como estratégia pedagógica no PRM II, como citado pela coordenadora na discussão sobre esse tema.

4.3.2.4.8 Decorrentes de movimentos sociais, políticos e debates científicos relacionados a saúde do trabalhador e ao meio ambiente em geral.

Todos os programas reportaram a participação dos residentes em eventos para a discussão dos temas apontados acima.

O PRM I ressaltou eventos como Observatório em Saúde do Trabalhador, Fórum de Saúde do Trabalhador ligado ao movimento sindical, Ministério Público do Trabalho e outros corporativos como Associações Médicas e congressos da área.

Destaca-se a fala do coordenador do PRM III, que faz colocações, ao responder este item, no sentido inverso dos demais: de dentro para fora dos programas.

A Saúde do Trabalhador tem a obrigação de revelar e colocar as situações que estamos vivenciando hoje: o que é uma terceirização, uma precarização, o que é um trabalho de ‘call center’, o que é o trabalho numa mina de urânio, o que é o trabalho de marisqueiras. O mestrado na área de pesquisa pode revelar essas situações. Por ex., foram atendidas mil marisqueiras no Hospital das Clínicas que vieram do interior. Segundo o coordenador, elas passavam o dia inteiro no hospital, passavam pelo médico do trabalho, fisioterapeuta, faziam exames, tudo no mesmo dia, tudo isso pelo SUS. Elas tinham direito ao benefício previdenciário e nem sabiam, então recebiam R\$200,00 por mês e passaram a receber o salário mínimo (R\$800,00, aproximadamente). Pessoas com lesões graves, tiveram suas vidas mudadas.

O mestrado da departamento de Medicina Preventiva é isso, uma militância em saúde do trabalhador, escolhe e seleciona os temas mais que na residência, nessa linha. A academia tem que suscitar essa discussão, apresentar publicamente, questionar, não aceitar a ordem dessa gente e estar junto com o trabalhador oprimido. (PAULO, PRM III).

4.3.2.4.9 Quanto à trajetória conceitual referida na evolução histórica da Medicina do Trabalho para a Saúde do Trabalhador

A coordenadora do PRM I, foi bem objetiva e sintética na sua resposta, admitiu um movimento da Saúde do Trabalhador para a Medicina do Trabalho. O coordenador do PRM III, se limitou a dar suas impressões a partir das suas posturas profissionais e pessoais.

Como único programa localizado em espaço privado, o PRM IV colocou que há algumas discussões programadas sobre Saúde do Trabalhador nas atividades dos alunos, inclusive os residentes têm estágio obrigatório no Centro de Referência Municipal.

Destaque maior foi dado pela coordenadora do PRM II, que, a princípio, não identificou diferenças entre as duas concepções, mas ao considerar a Higiene do Trabalho como um grande pilar da Medicina do Trabalho, os limites da Saúde do Trabalhador no SUS, e as disputas de poder, fez uma narrativa mais crítica.

No PRM-I foi uma rota contrária, criou-se uma residência pautada no modelo da saúde do trabalhador e foi compelido a fazer ajustes e aproximar cada vez mais da Medicina do Trabalho ou da Saúde Ocupacional. Razões já discutidas anteriormente. (REGINA, PRM I).

A coordenadora do PRM II, reconhece a importância da Saúde do Trabalhador, e embora na porta de entrada onde está o PRM-II, haja uma placa designando o serviço como Saúde do Trabalhador, a coordenadora esclarece que a residência é de Medicina do Trabalho, uma vez que a Comissão Mista de Especialidade não reconhece a Saúde do Trabalhador como tal.

A coordenadora lembra que:

Saúde Coletiva é uma área de atuação de múltiplos profissionais e não se faz Saúde do Trabalhador sem o médico do trabalho, mas não se faz Medicina do Trabalho sem considerar Saúde do Trabalhador. Então, a Saúde do Trabalhador é mais uma grande área de atuação multiprofissional, onde nós precisamos de médicos do trabalho bem formados.

O PRM-II credenciado junto à comissão nacional, é um programa de Medicina do Trabalho, mas ao definir os estágios, procura-se garantir que eles alcancem todas as potenciais áreas de atuação do médico do trabalho.

Eu não faço uma divisão tão didática como algumas pessoas fazem do que é uma coisa, do que é outra coisa, do que é medicina do trabalho como se medicina do trabalho fosse diferente de saúde do trabalhador ou vice-versa, algumas pessoas fazem uma divisão tão perigosa, na minha opinião que chega a criar conflitos, alguns existentes e que precisam ser lidados e outros conflitos que são criados artificialmente, porque isso como eu não divido eu não comparo, sabe.

No texto do Prof. René Mendes e Prof. Elizabeth Dias: “*Da Medicina do Trabalho à Saúde do Trabalhador*”, artigo escrito em 1991, que, segundo Sandra, é muito didático, a linha de discussão é que tudo que está escrito nesse artigo continua coexistindo de maneira precária. “*A Medicina do Trabalho [...] está evoluindo muito, mas pode continuar existindo daquele jeito em alguns lugares*”.

Um exemplo enaltecido pela coordenadora, ao se referir à disciplina de Higiene do Trabalho, foi o da médica dos EUA Alice Hamilton²⁸, não só porque ela foi a primeira mulher médica docente de Harvard, mas porque ela provocou o pensamento hegemônico norte-americano de forma revolucionária, ao olhar um doente intoxicado pelo chumbo, e dizer para toda comunidade de médicos:

vamos parar de olhar este paciente que é intoxicado por chumbo aqui dentro do consultório, vamos sair, vamos lembrar um pouco de Ramazzini e vamos para o local de trabalho, vamos melhorar as condições de trabalho dessas pessoas.

Sandra afirma que, apesar do artigo de 1991 fazer uma crítica contundente ao movimento da higiene ocupacional, tem importância histórica muito grande, principalmente para quem trabalha hoje, exposto a produtos químicos.

²⁸ Alice Hamilton nasceu em Nova York, em 27 de fevereiro de 1869. Pioneira em toxicologia industrial e não-conformista que valorizava a liberdade pessoal acima de tudo, Hamilton tornou-se uma das principais autoridades americanas em envenenamento por chumbo, e uma das poucas especialistas mundiais em doenças industriais, em 1916. Seus relatórios sobre chumbo, e mais tarde sobre borracha e munições, levaram a melhores padrões de segurança em todo o país. Acessado em 21/02/2019, no endereço: <https://www.biography.com/people/alice-hamilton-9326498>

Outra crítica que a coordenadora faz aos que não reconhecem a importância da Higiene Ocupacional: “Ah, a higiene não faz uma avaliação sistêmica da exposição!”. Ao se contrapor ela diz:

Faz sim, só que ela faz por partes, para depois integrar e fazer uma avaliação do todo. Acho que a higiene do jeito que ela foi pensada por Alice Hamilton, veio meio distorcida para o nosso país e acabou meio que dilapidando aquele pensamento mais sistêmico, então a gente faz uma crítica contundente. Mas também, a Saúde do Trabalhador como foi pensada naquele artigo de 1991 não vingou, de novo essa é uma conversa muito longa, mas aquilo que se pensou em meados da década de 80 para o nosso país, nós estamos falando de 30 anos, não aconteceu.

Após vinte e sete anos nesta discussão, Sandra propõe um grande movimento, um grande debate para discutir “Da Saúde do Trabalhador para Onde?”, porque essas coisas todas, elas continuam coexistindo. Ela se diz resistente à ideia de que “só pode avançar ou melhorar, se desfazendo ou destruindo o passado, porque o passado coexiste com o presente e coexiste com o futuro.”

Segundo a coordenadora, nos últimos 30 anos, o que se vê, com muita clareza, em todos os setores, é uma grande luta por espaço de poder.

Então, ‘Ah, o higienista lutou pelo poder dele quando veio o PPRA’, e essas lutas no espaço de poder elas são legítimas, desde que não acabem eclipsando a maior causa que, com toda certeza, é a saúde dos trabalhadores. Ao se falar em saúde, entenda-se, subliminarmente, que fala-se também de segurança. Na saúde e na segurança dos trabalhadores o conhecimento técnico científico evolui, por exemplo como aconteceu com o benzeno. Tem que ter a disciplina do estudo e abertura de mudanças das opiniões, conforme os conhecimentos mudam, lembrando que o rigor técnico é fundamental.

Para Sandra, os movimentos sociais são fundamentais, porque são eles que acabam fazendo as modificações das políticas e das leis. “Ah, tem que seguir leis, sim, esse é o começo obrigatório!”. Ao criar as leis, criam-se as políticas, e não se faz isso sem participação.

O que se vê com uma certa tristeza, mas não com pessimismo, é que foi desperdiçado muito tempo e muita energia nas disputas de poder do estado. Se tivéssemos juntado as bandeiras, mesmo de cores diferentes, exatamente nessa diversidade de vivências, de experiências, de formação e de informação profissional, teríamos nos juntado mais em defesa de uma causa do que de um espaço de poder.

E Sandra conclui esta etapa do seu discurso dizendo:

Por isso tudo que, quando discutimos Medicina do Trabalho ou Saúde do Trabalhador, não há uma área maior do que outra.

Segundo a coordenadora, a ANAMT identificou que na graduação os alunos não veem Saúde do Trabalhador, então eles chegam para residência em Medicina do Trabalho, com expectativas muito distorcidas. Sem esclarecer quais são as distorções, a coordenadora refere que uma das dificuldades que se tem no primeiro ano da residência, é alinhar as expectativas com a oferta de programa.

Em uma experiência recentemente vivenciada por Sandra, ao receber coordenadores de outros programas de residência médica para fazer uma oficina, e tentar discutir um programa mínimo para os PRMMT, ficou claro que a inserção do programa na Saúde Coletiva é diferente de um programa de residência que está dentro de um departamento de Medicina Legal, e é completamente diferente quando ele está alocado dentro da Medicina Preventiva e, na sua opinião, é um problema grave na formação dos médicos. A Diretriz Curricular Nacional - DCN, é Saúde Coletiva, é Saúde do Trabalhador.

A coordenadora indaga se seria possível ter uma residência multiprofissional de Saúde do Trabalhador? E responde:

Porque não? O PRM-II não tem estrutura para isso no momento, mas pode ser que tenha no futuro. Nesse caso faz sentido essa discussão. Só que talvez haja um grande problema para o médico: a regulamentação da atividade médica, depende de um sistema de conselhos, ele só vai conseguir o registro de qualificação de especialista, se ele fizer uma residência médica. E uma residência multiprofissional não estaria credenciada como tal, junto à Comissão Mista de Especialidades, então cria-se um dilema.

Mas, na instituição na qual o PRM-II está inserido, a Medicina Preventiva não envolve Saúde do Trabalhador, a residência está na área da Saúde Coletiva, mas esta não é uma especialidade reconhecida pela Comissão Mista de Especialidades.

Sandra traz outro exemplo:

Na USP, historicamente, a Medicina do Trabalho saiu da Preventiva há muitos anos. Foi para o Departamento de Medicina Legal, Ética e Medicina do Trabalho. Os recursos que se têm dentro de um Departamento com essas características e os recursos que se têm no Departamento de Saúde Coletiva são bem diferentes.

Sandra questiona como é que em Brasília uma CNRM, em tese, um programa mínimo que, segundo ela, é padronizado para todas as residências de Medicina do Trabalho, pode ter recursos tão díspares?

Para a coordenadora o maior desafio, é que a residência médica da década de 1970, pensada para ser um programa de treinamento em serviço, consiga fazer isso, para a Medicina do Trabalho. Diferentemente de outras especialidades, são feitas outras exigências para a formação dos alunos nos PRMMT.

Hoje, no Brasil, temos doze programas de residência em Medicina do Trabalho. Se compararmos um a um, são todos diferentes, embora todos tenham que concordar com o programa mínimo da CNRM. Eles são diferentes porque a nossa necessidade de formação não se encaixa na mentalidade de treinamento em serviço, que é o coração, o DNA da residência médica.

Mais que transformar os programas, eu acho que a gente tem que ter um desafio aí de pensar como é que a gente forma... que tipo de médico do trabalho que a gente quer formar em primeiro lugar, e como que se forma esse médico do trabalho, porque não é atender no hospital, isso é um pedacinho.

Paulo, ao ser indagado sobre as mudanças conceituais da Medicina do Trabalho para Saúde do Trabalhador, sobre os aspectos mais amplos do mundo do trabalho, o coordenador disse, que durante oito anos ele ficou afastado, “emprestado” para a Secretaria Estadual de Saúde, e ficou distante dessas discussões. Permaneceu apenas na residência, queria manter o vínculo e porque ninguém se interessava por ela.

Eu acho o seguinte: eu tenho uma vinculação grande com movimento sindical, presto assessoria ao Sindicato de Telecomunicações, presto no dos Professores, tem um projeto aí com a faculdade de economia, hoje à tarde mesmo vou atender as pessoas, então, as minhas perspectivas são Saúde do Trabalhador, eu não fico teorizando e marcando posição não, e às vezes acho chato até do lado nosso, que fica aquela coisa...

Eu levei anos para incentivar o residente a frequentar a Sociedade de Medicina do Trabalho, uma vez escondi o residente porque sei que o lado de lá não é fácil, assim, do ponto de vista de condutas, e assim nós montamos a residência que fosse no lugar mais tranquilo, vocês entenderam? Eles não têm um Polo Petroquímico, eles não vão lá muito, e realmente para preservar a perspectiva, eu não sei se Saúde do Trabalhador, mas uma experiência da prática de Medicina do Trabalho condizente e ética, então a perspectiva da Saúde do

Trabalhador é uma perspectiva que eu vivo, que é minha posição como médico, como cidadão, eu fui da Petrobras trabalhei 8 anos, saí porque as coisas não estavam fáceis, entendeu? Tem questões éticas da Medicina do Trabalho e tal. Então essa é uma perspectiva que eu vivo, agora a gente está numa situação muito diferente politicamente, e então essa questão vai diminuir mesmo, é desemprego, é terceirização, é reforma trabalhista...

Roberto, PRM IV, narra que o programa sempre deu espaço à Saúde do Trabalhador, inclusive oferecendo estágios nos Centro de Referência Municipal. Em algumas disciplinas do curso de especialização, também a Saúde do Trabalhador é discutida, mas depende muito do professor que sempre tem total liberdade para abordar o tema, sob os aspectos da PNSTT, embora nem todos tenham esse domínio para discussão.

Especificamente, em Saúde do Trabalhador há uma discussão na introdução do curso, e temos uma disciplina de Políticas Públicas, onde é abordado alguns aspectos interinstitucionais.

Segundo o entrevistado, pessoalmente essa mudança não faz sentido, porque sempre fez Saúde do Trabalhador, sempre atuou dentro desses princípios como professor e profissional.

4.3.2.4.10 Por mudanças originadas em outros fatores ou condicionantes

O tema sobre “*ruptura geracional*” é recorrente no discurso da coordenadora do PRM I. Aqui ela faz uma análise sobre o termo citado em outro momento da entrevista, e destaca um fator que tem interferido no seu programa, criado pelo próprio MEC.

A residência era de dedicação exclusiva. Antigamente quando se entrava na residência sabia-se que iria continuar vivendo como estudante, ganharia uma bolsa, teria que se dedicar até 60 horas semanais, isso estava claro. Houve um conflito entre os residentes e o MEC, onde a reivindicação era aumentar a bolsa.

O MEC achou uma saída complicada, a residência que era integral até 60 horas, deixou de ser de dedicação exclusiva. Isso significa que o residente cumpre as 60 horas e as outras horas é problema do aluno. Isso mudou profundamente, porque grande parte dos residentes entra com uma expectativa de que vai arrumar algum outro “bico” para complementar a renda, e aí tem uma mudança geracional de valores. (REGINA, PRM I).

Segundo Regina, hoje é muito diferente, os alunos chegam para fazer residência muito mais velhos, tem um problema que se chama ciclo de vida. O PRM-I, tem residentes com 30 anos que já tem filhos, tem compromissos com a família, então não é apenas um estudante.

Relata que todas as outras especialidades já tem mais que dois anos de formação, a única que ficou com dois foi a Medicina do Trabalho. Então a formação está ficando cada vez mais longa, grande parte dos alunos, não entram para a faculdade no primeiro vestibular. O ciclo de vida exige, principalmente da mulher, que tome algumas decisões, casar, ter filhos, e isso tem um impacto na residência, impacto na disponibilidade de horas para estudar fora do período que está no programa, as pessoas arrumam outros empregos, e vivem correndo.

Mas, a coordenadora reconhece que 60 horas já é uma carga horária muito pesada. Os próprios residentes não concordaram com uma agenda de negociação para diminuição dessa carga horária. Eles fazem mais.

Em muitas especialidades os residentes querem trabalhar o máximo possível, principalmente nas cirúrgicas, porque eles dependem do desenvolvimento de habilidades, é a oportunidade que eles têm de desenvolver habilidade manual com supervisão, com compartilhamento de responsabilidade, inclusive com desfecho ruim, é quando eles estão na residência, eles querem aproveitar o máximo de tempo possível.

E tem uma coisa de valor, que aí não tem nem a ver só com ciclo de vida, que é de valor da sociedade, ela foi mudando, ela foi enriquecendo, ela foi incorporando outras necessidades. Isso é uma fonte de tensão permanente, porque a gente quer que ele se dedique de uma forma mais integral ao programa, mas eles ficam com as atenções, energia e lealdade dividida com outros desejos, que é de passar férias na Europa, de ter um carro, e às vezes uma necessidade real que é de sustentar filho, então isso também mudou muito, uma outra geração, um outro jeito de pensar, é um outro jeito de andar na vida e isso dá conflito também.

Paulo (PRM III), traz uma questão preocupante que é a discussão sobre o fim do PRM III. Destaca a diminuição da procura pela residência, e as ofertas que continuam nos cursos de especialização de baixo nível, técnico e ético. Segundo ele, isso fez com que houvesse um esvaziamento das pessoas que estavam buscando a residência.

Para a residência continuar a existir tem que se adequar aos momentos históricos que estamos vivendo. O PRM III tem a tradição de um perfil de médicos militantes, mais transformador da sociedade. Vários colegas do departamento, acham que a residência deveria acabar, se cuidaria apenas do mestrado e doutorado. Optar pela

diminuição das vagas, deu oportunidade de investir em mais qualidade e isso faz diferença. Foi uma opção acertada, dolorosa mas acertada. (PAULO, PRM III).

Diz que é impressionante, uma residência com uma quantidade de pessoas que estão acompanhando o programa sem ganhar nada, porque são ex-residentes.

... mas um leque com mais de 20 pessoas que acompanham os residentes, não só no segundo, mas no primeiro ano. São pessoas direitas, de referência, então não ficamos sem preceptores. Com certeza, só no primeiro ano, se for contar, eles vão passar de 10... 12... e até os professores, também alguns nessa situação. (PAULO, PRM III).

No PRM IV, a mudança destacada por Roberto é sobre a diminuição geral da presença dos trabalhadores nos atendimentos de diversos setores, inclusive no sindicato que ele trabalha.

...teve uma queda muito grande no número de trabalhadores que procuram o sindicato, ou porque estão desempregados, ou porque estando adoecidos são recusados muitas vezes na perícia, então vai uma vez, duas vezes ou três e acaba desistindo, outra que os que estão empregados têm medo de perder o emprego, [...] mesmo nos centros de referência são muito poucos trabalhadores que buscam o serviço. (ROBERTO, PRM IV).

Ao ser questionado sobre o atendimento no ambulatório do PRM IV, Roberto diz que a demanda é referenciada, os trabalhadores chegam encaminhados por outras clínicas (ortopedia, pneumologia, dermatologia, fisioterapia, etc.) ou por médicos de fora que estudaram no programa e que conhecem o serviço.

Dois coordenadores, comentaram como foram extintos os estágios nos sindicatos, inicialmente identificados como campo potencial de práticas dos residentes.

A coordenadora do PRM I refere que houve um descenso da saúde do trabalhador dentro do movimento sindical. Os residentes até quatro/cinco anos atrás faziam estágios no 2º ano (R2) em serviços em Saúde do Trabalhador de sindicatos.

Esses estágios acabaram não por vontade dos coordenadores, mas porque não tem um sindicato na região que tenha ainda esse serviço. Acabou a figura do assessor de saúde do sindicato, a última foi uma ex-residente do PRM-I no sindicato dos eletricitários. Ela se aposentou e hoje não tem mais assessor de saúde sindical. Existem sim médicos do trabalho em alguns sindicatos mas a perspectiva é

completamente diferente. As ações do assessor eram focadas não na assistência, mas em uma ação coletiva de trabalho, para melhorar as condições de trabalho, da vigilância no trabalho educativo dos trabalhadores. (Regina, PRM I).

Regina também acompanha um sindicato localizado há 500km da região do PRM-I e cita essa experiência para falar do enfraquecimento do movimento sindical.

A cidade recebe dezenas de ônibus do estado de São Paulo, uma cidade que hoje está atraindo várias grandes indústrias por causa de uma isenção fiscal agressiva, e é um problema porque a direção sindical quer fazer mais e a gente quer ajudar, mas essas instituições estão muito fragilizadas, para você ter ideia, morri de vergonha, o nosso centro de referência mais próximo não conseguiu atender os trabalhadores, não tinha como atender, os trabalhadores tiveram que viajar 500 km para vir para universidade, então essas coisas sinalizam muita fragilidade. Uma empresa com 2000 trabalhadores com distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho, mas tem de tudo. [...] mão de obra de qualidade, uma malha viária muito boa para você escoar a produção, uns sindicatos meio frágeis ainda, então não tem muita mobilização sindical. O prefeito estende tapete vermelho, dá isenção fiscal e salários mais baratos, menores do que os de São Paulo, é tudo que a empresa quer. (Regina, PRM I).

Segundo Paulo, PRM III, não se conseguiu estágios em sindicatos, apesar do próprio coordenador ser vinculado a um deles, mas as políticas sindicais vão mudando e as pessoas vão saindo. Também os sindicatos não tem atividades constantes como um SESMT, por exemplo. Geralmente existe um assessor em saúde que vai ao sindicato em alguns turnos no final da tarde. Diante da crise e da reforma trabalhista não existem mais os departamentos de saúde.

Além disso, Paulo tem identificado nos últimos três ou quatro anos, um perfil conservador nos residentes.

Essa área já foi de militantes do movimento estudantil, hoje esse perfil de residente vai para a Saúde da Família. A Saúde do Trabalhador perdeu essa característica de afirmação política da medicina, e hoje tem um caráter mais técnico e os campos de estágios disponíveis também são conservadores. Os próprios preceptores que acompanham os residentes, tanto no R1 como no R2, e mesmo nos estágios, mostram um certo preconceito com o trabalho sindical e criam um pouco de dificuldade que não estimula a articulação com os sindicatos. Enfim, existem problemas de ambos os lados. (Paulo, PRM III).

A coordenadora do PRM II, Sandra, reforça que sua entrada no departamento teve um papel importante, alguém novo sempre é um olhar diferente. A mudança no quadro de docentes influencia, a publicação das competências influencia, o PRM-II ficou um período muito grande, treze anos sem mudanças. Isso é óbvio que influencia.

[...] tenho um trânsito muito forte, então a gente percebe as demandas da sociedade na vivência, e a gente percebe uma mudança no perfil do mercado. (SANDRA, PRM II).

Sandra considera sua chegada ao programa um marco definido, não para salvá-lo, mas pelo estabelecimento dos diálogos e das parcerias. Como as diversas áreas ficaram anos sem se falar, retomar os contatos é muito difícil, é mais fácil construir ou reconstruir relacionamentos e pontes, é então, um elemento novo. Segundo ela, isto está em construção.

4.3.2.5 Aspectos positivos e negativos do programa

Todos os coordenadores fizeram colocações positivas e negativas sobre seus próprios programas. Foram destacadas as mais relevantes.

Regina, destacou que residentes dão problema, tem conflitos na gestão de alunos, gestão de contrato de ensino, que é pesado e precário do ponto de vista da bolsa de residência, mas sempre puxam o serviço para frente, porque eles são críticos, questionam as pessoas, eles criam um movimento, mas apesar disso, muitos colegas acham que é muito sofrimento e já quiseram fechar o programa.

A coordenadora pondera uma outra contribuição pequena, também presente nos discursos de outros coordenadores: o médico do trabalho que se forma para a sociedade no PRM-I é melhor do que aqueles formados pelos cursos de especialização.

Há sempre uma conversa com os egressos, que podem não ser os melhores guerrilheiros da Saúde do Trabalhador, mas para onde eles vão levam um pouco da residência. (REGINA, PRM I).

Para ela isso é muito positivo, além das amizades que se constroem no dia a dia. As interações sempre são boas.

É muito sofrimento no dia a dia, sempre fica uma dúvida, será que vale a pena ficar brigando com esses meninos? Mas quando se vê empresas ligarem e perguntarem se tem um residente para indicar, é porque ela reconhece que o residente que se forma no PRM-I agrega,

tem qualidade, é sério e isso faz diferença, é um reconhecimento. Porque tem empresas também, que querem fazer da melhor forma. E eu acho que grande parte da nossa geração que acreditava em mudanças revolucionárias na sociedade, a ficha foi caindo ao longo do tempo, então tem aquela máxima do movimento ambiental “você pensa grande, globalmente, mas age localmente”. Esse é o movimento que a gente consegue fazer localmente que vai capilarizando e vai formando as pessoas, e a gente espera estar formando pessoas mais críticas, e algumas estão fazendo trabalhos bacanas. Não acho que é um trabalho em vão, a gente gostaria que o modelo disseminasse, que outras instituições de ensino também começassem a organizar, e eu acho que não ampliou mais porque é muito difícil. Uma coisa é eu fazer uma residência de clínica médica que eu fico com residente 2 anos dentro do hospital, só ali dentro, e ele vê tudo que ele precisa saber ali dentro, pegando ambulatório, as especialidades, vai no CTI, no pronto socorro, hospital grande. Outra coisa é eu ter que fazer um programa que me exige muito de parcerias externas, que tem um nível de contingências, de incertezas, toda vez acontece alguma coisa, que rompe o convênio, aquele lugar só tem aquele profissional para preceptorar e ele entra de férias, ele não tem ninguém para ficar com o residente, então isso torna muito artesanal e muito pesado a coordenação desses Programas de Medicina do Trabalho, e a formação teórica vocês viram, nós não temos condição de dar aquilo tudo, você tem que ter parceria e parceria dá trabalho. (REGINA, PRM I).

Sandra, PRM II, identificou duas áreas de dificuldades. Uma é a área de Pesquisa, o PRM-II não tem tradição de pesquisa na Saúde do Trabalhador, portanto é onde se tem oportunidade de desenvolvimento. Áreas muito fortes de pesquisa no departamento são de Gestão e de Epidemiologia.

Outra dificuldade enfrentada pelo PRM II é a entrada no SUS.

A entrada no SUS é um outro problema, tenho trabalhado para criar mais pontes entre os diferentes setores sociais, mas historicamente a gente sofre no município, como eu tenho certeza que outros sofrem. Esses espaços de poder que foram construídos ao longo dos últimos anos, das últimas décadas e que se sentem de vez em quando ameaçados e que a gente tem dificuldade de entrada. Você vai ver no meu programa os meus residentes fazem estágio no Cerest de outro município... (SANDRA, PRM II).

Um ponto positivo destacado pela coordenadora do PRM II, foi oferecer o serviço à comunidade.

É algo recente na instituição, mas esse olhar realmente mais plural e de formar esse profissional que possa atuar em diferentes frentes,

desde atenção básica, sindicato de trabalhadores, passando por serviços públicos, serviços privados e até saúde suplementar, por exemplo, é para que o residente seja realmente plural, e principalmente, o propósito do trabalho do PRM-II são pessoas.

Sandra acha que deveria aumentar o tempo de estudo na Clínica Médica pelo menos por um ano, não necessariamente a clínica pura, só para depois os residentes terem contato com a Medicina do Trabalho. Refere que será difícil administrar a ansiedade da geração que está chegando agora se fizer isso, mas apesar das parcerias que se faz no programa com a clínica ou com alguns laboratórios específicos, onde existe uma prevalência maior de adoecimento relacionado ao trabalho, ajuda, mas isso acaba ficando exprimido nos dois anos. Segundo Sandra, isto não é consenso entre seus colegas.

Ao ser perguntada se esse problema poderia ser resolvido na graduação, a coordenadora acha que são duas frentes de batalha, uma não elimina a outra. É necessário atuar nas duas frentes, não há dúvida que é preciso melhorar a graduação.

Paulo, PRM III, faz a seguinte observação em relação ao seu programa:

A prioridade do departamento é a graduação, todos tem que estar na graduação, caso contrário não fica no departamento; depois é o mestrado e doutorado. Ninguém quer saber da residência.

Roberto, PRM IV, conta que os coordenadores do programa que visitam as empresas se queixam:

...há falta de um programa de desenvolvimento profissional nas receptoras dos estagiários. Há grande dificuldade para estruturar um fluxo de atividades no qual o estagiário possa ter contato com os diversos campos de atuação do médico do trabalho, como, por exemplo, visitas aos locais de trabalho, estruturação de PCMSO, adequação de PPRA, gestão dos Serviços de Saúde Ocupacional, estudos epidemiológicos, investigação denexo causal. (ROBERTO, PRM IV).

E Roberto faz uma observação:

Entretanto, é corriqueira a disponibilidade das empresas em proporcionar meios imprescindíveis à realização da monografia de conclusão de curso, que, do ponto de vista da Coordenação, gera benefícios para todas as partes.

Pesquisa realizada entre os egressos do PRM IV, apontou alguns aspectos negativos do programa, como pouca integração entre o R1 e R2; falta de estágios em instituições públicas (DRT e INSS); e dificuldade de algumas empresas oferecerem correta supervisão ao residente, que permitisse melhor aprendizado.

4.3.2.6 Opinião dos coordenadores sobre a formação para o campo da Saúde do Trabalhador no Brasil

A coordenadora do PRM I, aborda questões gerais sobre a formação, como as limitações da área: muito legalista, muito defensiva e muito desalinhada do mundo do trabalho, e discute suas preocupações com a velocidade das mudanças na estruturação do trabalho em geral.

Aponta os desafios de um novo trabalho:

Então, muito trabalho está mudando de uma forma que a gente tem um desafio de um novo trabalho, trabalho cada vez mais precário, um trabalho remoto, são outras formas de trabalho que tem que discutir...

Dificuldade em entender os impactos das mudanças na saúde do trabalhador:

[...] os cursos, e mesmo na residência se tem uma lacuna, tem uma dificuldade de alcançar essa velocidade, a gente consegue enxergar o movimento da sociedade, o que está acontecendo, mas alcançar no sentido de entender o impacto disso sobre a saúde das pessoas, você demora um tempo pra fazer isso, é mais complicado. Por exemplo, qual é o impacto do Whatsapp na vida dos trabalhadores?

Regina alerta sobre o trabalho flexível e o uso das tecnologias:

[...] por exemplo, esse meu celular é corporativo, é a universidade que paga, pra ela me dar o celular, porque o aparelho já está até meio velhinho, e ela pagar a conta, o pressuposto é que ele tem que ficar ligado 24 horas... e isso não é um problema só do setor privado, é um problema também do setor público, e quando a gente vê, que as pessoas ficam todas felizes quando tem um trabalho que é mais flexível nos horários, não se engane, ele não é flexível, já invadiu a sua vida inteira e você vai trabalhar muito mais. Uma forma de controle que é diferente, e isso é difícil até dos próprios trabalhadores entenderem.

A coordenadora trouxe sua grande preocupação em relação aos impactos dos avanços tecnológicos no mundo do trabalho, e a rápida substituição do trabalho humano pela máquina, e apresenta o setor saúde como exemplo:

[...] não sei como é que a gente vai lidar com esse desemprego estrutural de grandes proporções. No hospital que eu dirijo, tenho um serviço de teleconsultoria em cardiologia, lê eletrocardiograma para o estado inteiro, 5 mil municípios que não sabem interpretar eletro, eles fazem o eletro e mandam para nosso serviço e muito rapidamente os cardiologistas, respondem. É um programa como um sistema único de saúde. Os nossos pesquisadores, em parceria com a França, estão fazendo um software que vai ler e vai identificar o eletro normal e o eletro que tem alterações ele não consegue laudar, mas aí a gente não precisa ler 60% dos eletros, então vou demitir 60% dos cardiologistas, no fundo é isso. A gente tem exemplos disso em uma série de outras coisas. Muda completamente o jeito de trabalhar.

Até o trabalho humano-dependente, muito elevado, porque visa o cuidado, precisa muito, até ele está sendo comprometido por isso. Num congresso, vi um filme de paciente nos Estados Unidos que faz hemodiálise em casa, ele faz hemodiálise nele mesmo, então tem lá a dialisadora, a máquina e tudo é monitorado à distância por uma enfermeira, mas tem uma parte desse programa que é com inteligência artificial. Está mudando completamente a forma de fazer, de cuidar das pessoas, imagine as outras áreas!

[...] e aí como é que os trabalhadores entram nessa interface com essas tecnologias, isso a gente tem dificuldade de alcançar mas ainda estamos trabalhando em Medicina do Trabalho com trabalhos tradicionais. Eu acho que temos que acompanhar, estimular os alunos a serem mais críticos com relação a isso.

Acho que o grande desafio enquanto sociedade é o seguinte: eu já desisti desse negócio de querer parar a inovação tecnológica, não ia conseguir parar, [...] o que as inovações fazem é mudar o perfil do trabalho, não exatamente eliminar o trabalho, mas eu acho que essas estão sendo de magnitude tal que a gente vai ter que discutir a renda...

Nesse item a coordenadora do PRM II, reforçou seus comentários sobre a instituição na qual coordena o Departamento de Saúde Coletiva onde a Medicina do Trabalho está inserida.

Lembrando que a formação em Medicina do Trabalho não se encaixa facilmente nos modelos tradicionais de outras residências, o que justifica a busca de estágios externos, nem sempre consegue preceptores qualificados. Sandra diz que essa é sua maior dificuldade.

A tradição da universidade é um aspecto positivo, segundo Sandra:

é um programa que só como Medicina do Trabalho existe desde 2003, mas se você for pensar na Medicina Preventiva é desde a década de 80, então a tradição do programa e o fato de ter serviço próprio faz com que a gente acabe tendo facilidade para bons estágios na área de atendimento e a parceria com outras áreas dentro do departamento de Saúde Coletiva também acho que ajuda.

Por fim, Sandra reafirma o viés da formação nos cursos de especialização em Medicina do Trabalho na década de 1970 para atender a necessidade da organização dos serviços de saúde nas empresas, a qual, historicamente, “contaminou tudo e é preciso pensar melhor e trabalhar melhor nisso. Dois anos é pouco, precisamos reforçar a clínica..”

Paulo, PRM III, se queixa da falta de tempo para todas as burocracias. Além da residência ele é coordenador de uma disciplina da graduação, Medicina Social, que conta com oito professores. A prioridade do departamento é a graduação, todos têm que estar na graduação, caso contrário não fica no departamento; depois é o mestrado e doutorado. Ninguém quer saber da residência.

Então sou da Saúde do Trabalhador mas não tenho acompanhado teoricamente as grandes questões, apesar de estar na prática atuando nos sindicatos, vivenciando isso, orientando, fazendo grandes seminários, fazendo pesquisa sobre terceirização, trabalho em “call centers”, que eu acho que é Saúde do Trabalhador, vivendo nessa conjuntura neoliberal, onde se perde a perspectiva de emprego formal, extensão da carga horária, questão do adoecimento, com os trabalhadores fragilizados, sindicatos acomodados com pouca luta. Têm umas pessoas da Saúde do Trabalhador que se arvoram em falar isso e se tornam chatas e às vezes se fecham.

Paulo fala, num tom de desalento, da atual conjuntura e seus reflexos sobre o mundo do trabalho em geral, sobre o programa, e sobre o SUS.

Vocês estão vendo isso aqui, esvaziado! (Centro de Estudos) Eu não concordo com isso, mas foi uma opção, poderia estar cheio. Vamos apoiar a vigilância, vamos só fazer matriciamento, “fica uma coisa ou outra”, é excluir e não uma coisa ou outra.

Com essa fragilidade do mundo do trabalho, onde você tem vínculos cada vez mais frágeis nas relações de trabalho, ainda com o tensionamento da reforma trabalhista onde o trabalhador tem que trabalhar mais, com as questões da informática, você não vai eliminar as outras doenças.

Vimos, há pouco tempo, situações de trabalhadores com pneumoconioses, atendemos pai e filho onde o quadro do filho estava mais avançado que o do pai. Foi chocante em pleno século XXI ver

isso. Trabalhador enfraquecido, sem emprego, tentando trabalhar em qualquer tipo de trabalho. Então é uma convivência das velhas doenças com as novas.

Não sei nem se temos ainda países de primeiro mundo. Ontem vi uma reportagem que mostrava 80% da população dos Estados Unidos próxima da linha de pobreza. São quarenta milhões de pessoas pobres.

O SUS com uma dificuldade muito grande em se manter, um projeto onde o setor mais conservador da direita quer acabar com o sistema universal, colocando plano de saúde para atender demandas que geram lucro, e as grandes despesas em hemodiálise continuam com o SUS.

Dessa forma, o SUS tem uma grande dificuldade em absorver a área da Saúde do Trabalhador, não vejo essa perspectiva. No governo Lula e Dilma não pôde ter grandes avanços de entrar nos ambientes de trabalho, de ter um controle social nos ambientes de trabalho, então muita coisa por fazer e também muita coisa ameaçada.

Não está fácil uma articulação internacional de um modelo que está em crise mas que não larga mão do neoliberalismo, do rentismo. Cerca de 52% do orçamento federal vai para pagamento da dívida interna para esses caras. Então como é que se convive com isso. Isso é articulado internacionalmente. Ser socialista também não é fácil.

No Brasil só se tem riqueza para distribuição de renda para 90 milhões de pessoas, não para 210 milhões de pessoas. Então, são 120 milhões que não tem vez na sociedade, vão viver de políticas focais. Então se tira direitos para fechar essa conta. Então a lei é para isso, precarização, sem vínculo, etc., isso só no Brasil. A fragilidade é muito grande, não é só tecnologia. Ela pode dominar, mas se você não quer absorver mão de obra ou pessoas para trabalhar e dividir riqueza, é um momento de inferioridade. Não sou pessimista, tem que resistir, do lado de lá tem mais contradições do que a gente.

A Previdência hoje virou a “menina dos olhos” dos bancos, porque é uma área que se tem um recurso flutuoso, e se busca fragilizar a previdência e passar para os bancos. Já vimos que se congelou a saúde e educação, então não se pode ter investimentos novos, já começa a faltar recursos na universidade. Mais de 140 mil estudantes saíram dos programas da universidade pública, deteriorando a vida deles. Predominou agora a sobrevivência.

Isso tudo reflete no mundo do trabalho. É um retrocesso. Vamos ser exportadores de água e de alimentos.

Como resistir? Lutar, lutar. Mudar a lógica da sobrevivência. Onde tiver espaço temos que resistir num patamar mais baixo. Atualmente temos que ter emprego, qualquer emprego, depois ter carteira assinada, etc.

Por questões de mercado de trabalho, a saúde do trabalhador paga muito pouco ao médico, ao contrário da Saúde da Família. Não há articulação do Centro de Estudos com a Saúde da Família, é muito difícil. A cobertura em Saúde da Família no município não chega à 30% da população. Em outros municípios do estado a cobertura é

maior, mas na capital ainda tem muita dificuldade, assim como o CEREST e o SUS.

Roberto, PRM IV, assim como outros coordenadores, entende que não se tem mais militância nos novos residentes e nem se pode querer isso.

Na atual conjuntura a gente faz o que dá para fazer, sabendo que a gente está formando gente não para trabalhar onde a gente gostaria que pudesse trabalhar, por causa do sucateamento do serviço público, da DRT, dos centros de referência. Infelizmente as pessoas estão se formando muito provavelmente sem maior militância, a grande maioria, e a gente nem pode exigir isso, não podemos estar culpando ninguém, estão se formando, estão saindo, como um cardiologista que quer trabalhar no Incor, como o oncologista quer trabalhar no A. C. Camargo, ele vai trabalhar numa empresa, ou se for num serviço público, uma grande estatal, ele nunca vai querer trabalhar num centro de referência, não quer, sucateou.

4.3.3 A formação e seus conflitos

Nos discursos dos quatro entrevistados aparecem situações conflituosas, mas a coordenadora do PRM I foi a mais enfática nas suas colocações sobre esse subtema.

A coordenadora do PRM II, aponta algumas situações de conflitos, mas o que se destaca no seu discurso é a crítica, ao descrever os conflitos de interesses, cujo exemplo é a política sindical dos trabalhadores. Esta discussão também será retomada neste estudo mais adiante.

No PRM III os conflitos entre Saúde do Trabalhador e Medicina do Trabalho estão limitados aos estágios externos em empresas onde os alunos fazem Saúde Ocupacional, e o conflito mais destacado pelo coordenador foi o institucional, quando na implantação do EBSERH.

4.3.3.1 Entre os alunos e o programa

A grade de atividades de 2018 foi objeto de discussão com os residentes, porque alguns vêm com a expectativa de que no PRM-I não tenha plantão e eles fazem um de urgência também no R1. Mas é muito leve, ao contrário de outros programas.

A semana padrão registrada na CNRM chega a ter 48 ou 52 horas semanais. Tem variações de semana para semana, têm semanas que os residentes têm mais folgas, mas muitas

peçoas vieram com a expectativa de ter um outro emprego junto com a residência e se frustraram. A fim de diminuir o conflito diante dessas reivindicações, Regina fez um “Termo de Ciência” esclarecendo que poderiam desistir da residência em até 30 dias, mas se permanecessem estavam cientes das condições.

No PRM II, na avaliação do atendimento sempre é considerada a parte técnica e ética, atitudes com paciente.

[...] já aconteceu da gente receber aqui R1 que vem com aquela cabeça, tipo " Ah o trabalhador está sempre mentindo." Eu olhei e falei assim você está no R1 quem você pensa que é?

Para a coordenadora é interessante acompanhar o processo de aprendizado do olhar humano, olhar ético e do exercício da escuta. Ao longo de dois anos percebe-se claramente a curva do aprendizado do residente, é gratificante.

4.3.3.2 Conflito ou simbiose²⁹ na relação *Stricto Sensu* x *Lato Sensu*?

Regina mostra as dificuldades da atuação de professores da pós-graduação nos PRMMT, colocação essa também feita pelo coordenador do PRM III. Apesar das dificuldades apontadas, com exceção do PRM IV, todos os outros alunos dos três programas fazem disciplinas nos cursos de mestrado das faculdades aos quais os programas estão vinculados, como vimos no eixo temático anterior.

Segundo a coordenadora do PRM I, a universidade tem vários professores ergonomistas que são referência, mas eles não têm interesse em se envolver com o programa de residência, por uma questão inclusive da universidade. Ela não reconhece a carga horária que é dedicada a residência médica. Isso é uma fonte de tensão muito grande na hora de distribuir os encargos didáticos do professor. É o mesmo professor da sala de aula da medicina que está também na pós-graduação, mas a carga horária de preceptoria ou de coordenação do programa, a universidade não valoriza. Além de não ter nenhuma gratificação econômica para essa atividade ela não é reconhecida de uma forma adequada, o que afasta muito a participação dos docentes nos programas de residência.

Isto tem uma explicação histórica que é o fato de que a residência era a pós-graduação por excelência do hospital universitário na área médica até década de 1980. Esse

²⁹ A simbiose pode ser definida como uma associação a longo prazo entre dois organismos de espécies diferentes seja essa relação benéfica para ambos os indivíduos envolvidos ou não.

período coincide com o fortalecimento dos programas *sensu stricto* da instituição, mestrado e doutorado. Houve um grande investimento, não só de qualificar os professores, mas de construir esses programas que tomam muito tempo. Por outro lado, dão mais prestígio social, além de permitir publicações como artigos, livros, etc. Assim, na parceria do professor com o seu orientando, mestrando ou doutorando, no seu centro de pesquisa, na sua linha de pesquisa, ela contribui com a produção individual do professor, que hoje é muito importante na construção da carreira.

A gente tem concursos internos para ascensão de adjunto para associado, de associado para titular e a produção científica é cada vez mais valorizada. O professor que tem um perfil muito extensionista ou que tenha um perfil muito voltado apenas para graduação, fica muito prejudicado nessa carreira e a residência se ressentiu dessa nova regra de organização da vida acadêmica da universidade. (REGINA, PRM I).

A residência gozava de muito prestígio e desenvolvimento dos professores e isso foi se reduzindo ao longo do tempo. Por isso, é muito difícil conseguir, por exemplo, um professor para dar um curso de epidemiologia para os residentes que é uma exigência do programa, ou conseguir um professor que organize uma disciplina de ergonomia para os residentes. Para resolver esse problema procura-se encaixar os residentes em ofertas regulares existentes na Funcacentro ou dentro da própria universidade.

Na opinião do coordenador do PRM III, o campo de estágio não se dá na concepção da Saúde do Trabalhador, mas sim na Medicina do Trabalho e na Saúde Ocupacional. Não se busca o ideal achando que ele está colocado, do contrário a residência já teria acabado, tem que ver o que é possível para mantê-la.

Uma outra coisa também, residência atualmente não dá status nenhum, ao contrário, para professor universitário é uma dor de cabeça, porque envolve muito trabalho e é pouco valorizado na progressão. Quem produz artigo no mestrado, doutorado, pesquisa, tem mais possibilidade de crescer na carreira universitária do que dentro da residência, então residência hoje é um patinho feio... então quase ninguém quer ser supervisor de residência, não. No norte e nordeste só temos nós, a residência, ou seja, a única residência norte/nordeste, pelo que eu saiba, até mês passado, era a gente.

4.3.3.3 Medicina do Trabalho ou Saúde do Trabalhador – um conflito ideológico

Regina foi a única coordenadora que abordou essa questão com muita profundidade. De importância crucial para este estudo, as análises feitas pela coordenadora do PRM I foram trazidas como subtema, quase na íntegra.

Colocou que é necessário entender também a questão ideológica: quem somos nós? De onde viemos?

Eu fiz a residência em Medicina Preventiva e Social de 1987 a 89, eu fiz 3 anos, inclusive a minha bolsa era paga pelo extinto Inamps, a minha bolsa não era do MEC. Fiz o primeiro ano e saí como sanitaria. Foi muito bom, inclusive fiz estágio no SAT na época. Era um momento assim, olha: reforma sanitária, Constituição do Sistema Único, a gente discutia muito a reforma sanitária italiana, a minha entrada na área foi no internato rural lendo “A Saúde nas Fábricas” de Giovanni Berlinguer, então a gente tinha uma outra perspectiva de projeto coletivo, de projeto social, de construção do sistema público de saúde, e que nós nos víamos dentro. Tanto que a minha geração, que eu considero a geração que fez residência em 87 até 93 ou 94, grande parte não foi para empresa. Eu comecei minha vida no movimento sindical, eu e vários colegas, nós nunca fomos para empresas. Depois fui para o Instituto Nacional do Trabalhador na CUT, minha vida inteira fui assessora do movimento sindical até entrar para Universidade. Então eu assessorei metalúrgico, aeroviários, trabalhadores previdenciários, saúde, previdência social e trabalho metalúrgico.

Segundo Regina, era uma outra geração que via o exercício da Medicina do Trabalho de uma forma diferente. A maior parte da sua geração ou foi para o Estado, fez concursos e entrou, às vezes nem como médico do trabalho, mas como sanitaria em municípios, ou foi para o movimento sindical.

Obviamente nós viramos docentes e imprimimos muito essa marca ideológica no programa, isso não tem como ser diferente, era o início do programa e eu coordenei grande parte do início, eu e outros colegas dessa geração. Essa identidade ideológica ela sempre existiu e ela é um ponto de tensão sim, com os residentes que chegam. Então, hoje eu entendo que é uma outra geração, outro momento político do país, particularmente nos últimos anos.

Uma forma de minimizar os conflitos do processo de seleção seria explicitar no edital, que tipo de médico que se quer formar. Mas isso já carrega uma posição ideológica.

Regina diz que o candidato tem que ter o direito de saber onde é que ele está entrando. Não se pode partir do pressuposto que o candidato vai conseguir essas informações fazendo prospecção com egressos, porque hoje os concursos são nacionais.

O que se tem discutido é colocar na página da internet do hospital o que o Programa de Medicina do Trabalho vai fazer, e ter uma espécie de declaração de princípios, para que o residente não se sinta enganado, depois que entrar. O problema não é só o estágio que ele faz, o problema é como se discute as conduções nas questões de Saúde do Trabalhador.

E aí tem uma coisa que é o seguinte, o açoite da fome. Eu tenho um princípio de realidade que não adianta formar esse residente revolucionário para um mercado que não existe, mas eu acho que eu dou uma grande contribuição para a sociedade quando eu formo médico do trabalho crítico, que vai lá para uma empresa e vai estressar lá...

...eu não tenho esse temor da contaminação ideológica, porque isso acontece na vida a todo momento. A gente procura lugares que tenham bons preceptores, tenham condições de segurança mas às vezes não tem... eu sei que eles vão para alguns lugares que os preceptores não estão completamente alinhados com a gente, o conflito faz parte do cenário, principalmente faz parte da vida. E aí tem a contraposição, ele traz e a gente discute. A gente já teve experiências ótimas de residentes que foram para empresas questionaram os preceptores, questionaram condutas, voltaram e contaram para gente, a gente discute isso, mas é isso, a vida é essa, eu também não posso criar um mundinho pra eles assim...que não existe.

Por fim, Regina colocou que há oportunidade de se ter no hospital a residência multiprofissional em Saúde do Trabalhador. Esta foi uma discussão proposta pela coordenadora. O MEC cortou as bolsas das residências multiprofissionais por falta de recursos. Mas essa é uma forma de diminuir a solidão do médico. Residência multiprofissional em Saúde do Trabalhador com médicos do trabalho. Regina afirma que essa discussão será retomada, se o financiamento voltar.

4.3.3.4 Situações que do ponto de vista bioético são potencialmente conflitantes

Dos quatro programas, Regina, PRM I, foi a que trouxe várias situações potencialmente conflitantes vivenciadas com os residentes e com serviços externos à residência.

...a atual chefe é uma ex-residente, mas sempre houve uma resistência muito grande da previdência e o argumento é uma espécie de sigilo da instituição, mas eles são médicos, eles não estão submetidos ao sigilo...a minha impressão foi que havia uma preocupação muito grande de não expor a previdência.

Eles não querem emitir a comunicação de acidente de trabalho. Eles dizem: “mas a empresa não tem responsabilidade por isso”, “mas não é isso que está em discussão, eu não estou discutindo responsabilidade, eu estou notificando um evento, a discussão de responsabilidade é outro passo, o que você tem que fazer é notificar o evento”, se a culpa... aliás, não tem nem que discutir se a culpa foi do trabalhador ou se foi da empresa, de quem que foi...”

Os alunos questionam a priori tudo que o paciente fala, porque o paciente seria um mentiroso em potencial, ele vem estrategicamente orientado para ter um atestado para se afastar do trabalho, para aposentar. Não faz uma escuta empática do paciente, esse é um problema de natureza ética que tem um viés ideológico de como escutar o trabalhador, e isso tem que se discutir constantemente com os residentes.

[...] é um direito do paciente o relatório, você pode até não concordar com a reivindicação dele, e muitas vezes o paciente às vezes pedem coisas ... tem expectativas, um pouco do que a gente pode fazer, do que a gente é capaz de fazer, mas você não pode negar, aí eu vejo o jeito como escreve, aquele jeito para descaracterizar... “Paciente alega”, “paciente relata”, esse tipo de coisa que são maneiras indiretas de formar opinião de quem recebe o relatório que eu acho que isso é uma questão ética também, a gente tem muito dessas discussões no dia a dia.

Para a coordenadora, essas questões não impactam na residência, pois se conseguiu sempre manter o fio condutor desde o início do programa. Não se abriu mão do que se acredita, e nunca se deixou de fazer alguma coisa por conta disso.

Algumas oportunidades de estágios no PRM I foram recusadas por causa da condução ética do serviço. Segundo a coordenadora, sabe-se dos diferentes modelos e de suas diferenças ideológicas, além disso é necessário o mínimo de decência, na verdade o que se quer é “mão de obra” barata. No movimento sindical isso também já aconteceu.

Para Sandra, PRM II, não existem relações de conflito, mas sim conflitos de interesses. Colocou que sob a ótica da bioética, existem complexidades e desafios que têm que ser enfrentados, diariamente.

Sandra trouxe questões de convenções coletivas dos trabalhadores, como a extensão da estabilidade no emprego, após reconhecimento do nexa pela perícia previdenciária, por trinta e três meses. Na sua visão isso “aumenta a procura por B91” principalmente nos casos de LER. Segundo ela, alguns acordos coletivos determinam estabilidade vitalícia, quando o trabalhador é encaminhado para o Programa de Reabilitação do INSS, e de 20 a 25% dos trabalhadores são reabilitados dentro das empresas, diferente do cenário internacional, segundo ela.

Os conflitos relacionados à necessidade de manutenção do emprego existe, têm trabalhadores e sindicatos tentando manter o emprego e o INSS tentando reduzir despesas.

A empresa investir na ergonomia por exemplo, e não vendo resultados, e 25% de taxa de reabilitação, isso é um fracasso total e aí você vê os próprios profissionais que têm dificuldade de defender a manutenção de investimento em saúde e segurança, porque não alcançou os resultados esperados. Esse imbróglio vem bater aqui na porta da gente toda semana, toda semana.

Indagamos como é esse enfrentamento.

Cuidadoso, muito cuidadoso, a gente sempre procura fazer o melhor diagnóstico possível. Faço atendimento aqui novamente uma ou duas consultas, então assim, sempre muito cuidadoso, sempre procurando avaliar as condições de trabalho, por incrível que pareça, apesar de toda a situação de conflito, goza de uma reputação boa na região.

As visitas de nexa são feitas, mas não em todas as empresas, porque algumas fecham as portas. Nesses casos o serviço consegue estabelecer nexa com base em relatos ou com base em dados epidemiológicos dos “CRT”, que conhecem melhor os ambientes, mas as visitas ao ambiente de trabalho ocorrem com certa frequência.

A questão ética e humanista, deixei por último, para mim particularmente é um dos maiores desafios que a gente tem na residência em Medicina do Trabalho. E é exatamente por conta disso que eu digo com bastante tranquilidade que é onde a gente pega mais forte e presta mais atenção. Não só porque é a área e atuação da gente, é assim que em situações de conflitos, conflitos de interesse que não são só entre empregadores e trabalhadores, às vezes você amplia isso pra muitos outros atores sociais, mas também, porque você pega esses meninos muito jovens, então assim, isso para mim é um grande desafio para a nossa formação no modelo da residência médica, porque eles não têm vivência, eles não foram ainda, vamos dizer

assim, expostos a essas situações de conflito mais graves, então é até interessante.

Ao comparar os PRMMT no Brasil com outros países como a Itália, Sandra conclui que “dois anos não dão conta, essa é uma crítica ao programa, não à instituição”.

Por fim, Sandra questiona se a Medicina do Trabalho deveria de fato ser uma especialidade de acesso direto mais longa, de maior duração.

Paulo, PRM III, traz uma situação bem distinta quando comparada com os dois programas anteriores: “nunca houve atritos entre a especialidade Medicina do Trabalho e a Saúde do Trabalhador.” Essa questão aparece mais quando os alunos vão para estágios em empresas onde fazem Saúde Ocupacional, mas em função do estágio.

...como é uma atividade de campo, de estágio, vai depender de onde estamos fazendo o estágio, entendeu. Ele pode treinar melhor a concepção em saúde do trabalhador mas se o residente vai fazer um estágio na Petrobrás, lá é saúde ocupacional, tem uma visão mais... não nem de medicina do trabalho, aquela forma mais arcaica, mas chama saúde ocupacional. Se for no hospital das clínicas é saúde do trabalhador, saúde ocupacional, entendeu, a prática na verdade é ela que determina a formação desse residente. A parte teórica tem uma força mas é menos de 15% da carga horária, pela exigência da residência, então assim, a meu ver quem determina ideologicamente a formação do residente é onde ele vai fazer o campo de estágio.

[...]Não temos garantia dos cuidados éticos, mas sim, da capacidade técnica, eles saem sabendo, porque é uma carga horária pesada, eles lidam com várias situações de trabalho, de conflitos, então eu tenho tranquilidade em relação a isso. Se for comparada à especialização, então, é anos-luz melhor a residência.

O coordenador destaca como uma das características principais do PRM III, as experiências em estágios que atendem aos preceitos éticos, porque é uma área muito problemática.

Onde tem alguma coisa que não funcione legal no ponto de vista ético, que atropela, que maltrate trabalhador, não é incentivado, quando se identifica esse tipo de problema esse residente é retirado. Tem-se esse cuidado. Então onde eles estão, eles podem até fazer uma formação conservadora, mais técnica entendeu, mas tem que ser ético [...] No caso do residente achar que o trabalhador está simulando, o preceptor vai avaliar, usar seus critérios técnicos, sua experiência, sua maturidade para decifrar isso. (PAULO, PRM II).

Outra questão de conflito colocada: o coordenador do PRM III até o ano passado foi coordenador do SESMT do Hospital das Clínicas, mas houve mudanças, os gestores que eram trabalhadores do vínculo federal junto ao MEC foram substituídos por gestores do EBSEH (Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares).

Paulo foi favorável à implantação da EBSEH.

... por viver um período de escassez muito grande em relação aos recursos humanos, em uma canetada eles colocaram todos os recursos humanos que faltavam no SESAU, trabalhando muito mais que o pessoal do MEC que estava acomodado há muito tempo, estava virando um hospital fantasma cheio de poderes. Essa experiência foi interessante, mas com muitos tensionamentos vindos de outra lógica: uma gestão própria, que não tem nada a ver com o SUS, com a população, então, a primeira coisa que eles fizeram foi pressionar para o SESMT se tornar só do servidor, não para marisqueiras ou teleatendimento. Isso fez com que eu sáísse, a gente viveu conflitos, a velha questão do acesso ao prontuário que havia trabalhador com processo contra o EBSEH, o advogado achava que eu tinha que ceder o prontuário, coisas bem rudimentares e muito chatas, envolveu um pouco os residentes, isso foi discutido com eles. Atualmente eles recuaram um pouco. Não veio material para melhorar, mas recursos humanos foi resolvido.

De certa forma, afetou a residência, porque atendíamos no SESMT muitos trabalhadores do SUS, como professores com dissonia, por ex. Houve uma restrição desse atendimento. Isso diminuiu a demanda, porque as pessoas novas que chegaram não quiseram fazer esses atendimentos. A médica do hospital tinha dificuldade de absorver esses casos, e os residentes falavam muito mal dessa situação. Atualmente essa médica saiu e vieram duas ex residentes no seu lugar. Já estou pensando em colocar um residente lá no próximo ano.

Roberto, PRM IV, também critica a atuação de médicos em serviços terceirizados de Medicina do Trabalho:

Essas questões das competências, inclusive competência ética, pode estar no papel mas na prática o que a gente vê, é que esses prestadores de serviços, não são todos, mas tem médico examinador que pega PCMSO que ele não fez, PPRA que não fez, ficam no consultório recebendo trabalhadores de vários locais que ele não conhece os riscos, muitas vezes a qualidade desse PPRA que está escrito não reflete a realidade, e o médico também faz o PCMSO baseado no PPRA que também não viu, então tem muito furo. (ROBERTO, PRM IV).

CAPÍTULO V

5 DISCUSSÃO

CONTEÚDO PROGRAMÁTICO, ESTRATÉGIAS DIDÁTICO-PEDAGÓGICAS E AVALIAÇÃO DOS DISCENTES

No relato dos entrevistados, a complexidade peculiar da especialidade tem sido um dos grandes desafios não superados, ao longo dos quinze anos de existência da Residência Médica em Medicina do Trabalho, no Brasil. A residência médica é uma especialidade *lato sensu*, de aprendizagem em serviço. No campo da saúde-trabalho não segue os mesmos padrões de outras especialidades que têm suas atividades restritas aos serviços de saúde. Além da interface com práticas em outras áreas médicas e da saúde em geral, a relação saúde-trabalho extrapola os muros dos hospitais e ambulatórios. É necessário conhecer os processos produtivos, as relações de trabalho e ambientes de trabalho, para entender os desgastes de saúde dos trabalhadores.

Feuerwerker (1994), em dissertação que objetivou identificar o processo de construção social da Residência Médica em geral, discutiu a incapacidade dos movimentos de educação médica em produzir mudanças, e o fato da Residência Médica praticamente não ter sido objeto de reflexão e de propostas mais consistentes na Reforma Sanitária.

O processo de treinamento em Residência Médica tem seus rumos definidos totalmente independentes do que acontece no terreno da educação médica e das políticas de saúde, dando poucas oportunidades de atuação das equipes na rede de serviços e atividades desenvolvidas. Vigilância epidemiológica, territorialização, planejamento local, programas de prevenção, tendem a ser temas desconhecidos pelos residentes.

Criada na década de 1970, através de movimento dos próprios residentes, a CNRM tem entre seus objetivos regulamentar essa prática de ensino-aprendizagem. Ela definiu o credenciamento de todos os programas de residência médica na CNRM, e passou a ser o órgão de estruturação mínima, e de controle dos programas.

Essa vinculação entre a CNRM e os programas, teoricamente, deveria se dar pela COREME que é o elo entre essas duas estruturas. Porém, na entrevista dos coordenadores, apenas dois programas se articulam de forma mais efetiva à essas representações locais, o PRM II e IV. Não aprofundamos esta discussão neste estudo, mas ao compararmos a relação da COREME junto ao PRM II e o que ocorre nos demais programas, nos parece que essas

questões são dependentes de como se dá a inserção da COREME nas estruturas dos Hospitais Universitários.

Feuerwerker (2000), avalia que, apesar do importante papel da CRNM junto aos PRM, em 1989 foram questionados os critérios de planejamento dos programas, a perspectiva de “criar estímulos à integração dos hospitais universitários ao SUS, e estimular a prática de atividades didáticas e de formação nos hospitais e na rede de serviços” como incentivo às melhorias da qualidade dos serviços prestados e também dos profissionais. Mas isso não aconteceu.

A falta desses estímulos importantes para os programas de residência médica em geral, na área de saúde do trabalhador atuaram na determinação de constrangimentos que se perpetuaram entre o ensino e suas práticas, ou seja, não estabeleceram as parcerias com as instituições que poderiam propiciar as atividades de formação junto à rede de serviços.

Esse fato fica evidente na fala da coordenadora do PRM I sobre o acordo que existe na maior partes das instituições de RM. O treinamento na modalidade de residência médica é oferecido pelo serviço, que no caso é o Hospital Universitário. Os professores da faculdade de medicina participam como preceptores, os coordenadores de programa geralmente são docentes, mas quem faz a gestão dos programas, recebe a bolsa do MEC, é o Hospital Universitário que gerencia o cenário do treinamento.

A parceria com o Hospital das Clínicas viabiliza o acesso de residentes de medicina do trabalho a grande número de serviços aí instalados, e também a projetos desenvolvidos por profissionais não vinculados originalmente ao PRM. De modo geral, a participação nessas atividades é bem avaliada pelos coordenadores do programa, mas também enseja tensões, pois muitas vezes se transforma em fonte de demanda adicional do programa de RM, por ex., visando avaliação de desempenho do residente. Na prática, isso implica em relação de aparente dependência da RM, no que concerne a serviços que ficam sob a gestão de terceiros, nesse caso, o hospital, o que pode ser pensado como algo que implica em desvalorização do PRM I e/ou de seus congêneres quando em situação assemelhada.

Também há a possibilidade do surgimento de tensões em decorrência do fato de que, na quase totalidade das universidades e hospitais, não existirem sistemas de avaliação de docentes e profissionais que valorizem suas participações em atividades de ensino como os programas *lato sensu*. A moeda que é reconhecida e valorizada nesses serviços, é aquela da pesquisa e das publicações, ou seja, a consolidação de programas de pós graduação *stricto sensu* com suas linhas de pesquisa bem definidas, funciona como atrator de docentes e pode

ser visto como se estabelecesse relação de competição e até conflito com os programas de residência médica.

Apesar disso, também é possível verificar que os serviços que participam nesse tipo de colaboração, podem fazê-lo com interesse na atração potencial de futuros candidatos para seus programas de pós-graduação *strito sensu*.

Dos quatro programas pesquisados, apenas um, PRM IV, não articula suas atividades teóricas com os cursos de pós-graduação. Nos demais os residentes participam de aulas oferecidas no mestrado, ou de disciplinas de interesse do programa. Nesse exemplo, a relação residência médica/pós-graduação é de simbiose, especialmente do ponto de vista da residência, que precisa ofertar conteúdos teóricos. Na maioria dos programas, as parcerias, tanto nas aulas teóricas, como disse o coordenador do PRM III, como no campo de estágios nas empresas, são os ex-residentes.

Segundo relato dos quatro coordenadores, a prova do processo seletivo para residência médica em Medicina do Trabalho, é única para todos os programas, conforme exigência da CNRM. Nessa etapa os alunos são selecionados através de “nota de corte”. A prova inclui questões das especialidades médicas básicas e de Saúde Coletiva. Em alguns programas, são inseridas questões sobre Saúde do Trabalhador. Segundo relato da coordenadora do PRM I, existe uma comissão que acompanha e define todas as ações seletivas nessa etapa.

Observou-se que após a prova única, cada programa adota formas distintas de avaliação dos candidatos: PRM I faz uma análise de currículo através de um “Barema” que também tem causado problemas, pois acaba selecionando um perfil mais acadêmico, o que tem levado a muitos processos judiciais também; o PRM II e IV fazem entrevistas em que se discute como funciona o programa, permitindo que o aluno também coloque suas dúvidas; e o PRM III não faz qualquer tipo de avaliação, e corre o risco da desistência.

Pelas regras da CNRM, o aluno tem trinta dias para desistir, com possibilidade do preenchimento da vaga se houver remanescentes do concurso. Portanto, as desistências após esse prazo acarretam problemas, uma vez que a vaga não pode ser ocupada.

Os PRM I e PRM II têm curso introdutório de três e quatro semanas, respectivamente, para esclarecer aos alunos particularidades do programa e introduzir noções básicas, e princípios da Saúde do Trabalhador. Ainda no caso do PRM I, há um “Termo de Ciência” esclarecendo sobre carga horária, plantões, etc. Alguns dos entrevistados atribuíram grande importância a esses cursos, em especial como momento de aproximação dos aprovados com o universo da especialidade, e até de quebra de eventuais preconceitos. Se isso

for verdade, parece importante que os programas envidem esforços no sentido do aperfeiçoamento desses “cursos”. Quais são os seus reais objetivos? quais os conteúdos e atividades que permitem melhores resultados? como e em que momentos são avaliados?

Foi ressaltado ainda, que as vagas de RM são disputadas não só pelos recém-egressos do sexto ano de Medicina no ano anterior, mas também por médicos formados há mais tempo, que ainda não cursaram nenhuma RM ou que pretendem obter outro título de especialista. Houve também, a afirmação dos entrevistados que a procura pela Residência Médica em Medicina do Trabalho tem diminuído, não é a primeira escolha dos médicos. Fatores esses que resultam em mudança do perfil dos residentes.

Esses dados são confirmados pelo estudo realizado por Shaffer et al. (2018). O número de vagas oferecidas pelos PRM em Medicina do Trabalho no Brasil, foi de trinta e oito para R1 e trinta e oito para R2. Dessas, em 2017, foram ocupadas vinte e três para R1 e dezesseis para R2.

O estudo de Schaffer et al (2018), apontou que o problema do não preenchimento das vagas é multifatorial, com grande variabilidade de situações, como por ex.: matrícula em outro programa que tenha gerado vaga, incompatibilidade com a RM escolhida, dificuldade de adaptação ao local da oferta. Dificuldades ou atrasos de financiamento de bolsas para a totalidade de vagas autorizadas é outra razão importante.

A escolha por uma especialidade é uma decisão complexa, relacionada às características pessoais do médico e da especialidade, à influência do curso de graduação e às dinâmicas do mercado de trabalho. Personalidade, fatores sociodemográficos, gênero, valores e padrões sociais também podem ser determinantes na escolha. Além do conhecimento sobre a especialidade pretendida, experiências acadêmicas e clínicas priorizadas durante a graduação, perspectivas profissionais, incluindo atrativos de emprego e renda, e status social proporcionado pela atividade profissional. (Scheffer et al., 2018; Corsi et al., 2015).

O processo seletivo, em última análise, reflete as bases nas quais o processo do ensino-aprendizagem universitário e da especialidade estão fundamentados. Ensino universitário mais voltado para as competências, como sugere Perrenoud (1999), ético como discutido por Rios (2016) e Lins et al. (2015), são apontados como com maior potencial de influenciar melhor o candidato na opção por uma especialidade.

Diante das colocações feitas, as observações da coordenadora do PRM I sobre a melhor forma de esclarecer o candidato sobre as condições às quais ele terá que se submeter ao ser aprovado, é problema que, a nosso ver, não está resolvido. Mesmo as iniciativas como as do PRM II e IV, embora minimizem, ainda não resolvem as dificuldades e a judicialização

a que os programas estão sujeitos. Investimentos deveriam ser feitos visando a criação de espaços de debates desses temas, procurando envolver todos os atores afins. Esses problemas deveriam ser amplamente debatidos.

Outra dificuldade enfrentada pelos coordenadores diz respeito ao conteúdo programático mínimo estabelecido pela CNRM.

Alguns programas têm dificuldades em oferecer disciplinas obrigatórias, como relatou a coordenadora do PRM I, apontando que explicitamente a dificuldade de professores da pós-graduação se envolverem com a residência médica, por ex., no ensino das disciplinas obrigatórias de Epidemiologia, Bioestatística, Ergonomia e Toxicologia, tendo que criar estratégias para solucionar esses impasses. A ausência dessas abordagens teóricas, no caso da Epidemiologia e Bioestatística, por ex., podem dificultar o suporte à formação crítica de leituras de artigos, ou então, no caso da Ergonomia e Toxicologia, no suporte do entendimento dos agravos à saúde dos trabalhadores. No entanto, no PRM II, em que a estrutura da faculdade abriga laboratórios de Ergonomia e Toxicologia, ou no caso do PRM IV onde ocorre a parceria com a FUNDACENTRO com recursos semelhantes, e ensino bem estruturado em Bioestatística e Epidemiologia na faculdade, os coordenadores têm melhores condições de atender a essas exigências.

Organizar o campo das práticas também é fator desgastante para os coordenadores, como vimos nos seus relatos, que, segundo a CNRM, deve corresponder à 90% da carga horária do residente no primeiro ano e 80% no segundo.

A CNRM valoriza o estágio nos serviços de urgência/emergência para os residente de medicina do trabalho. Isso foi motivo de exigências para a coordenadora do PRM I, num dos ciclos avaliativos realizados. Originalmente esta atividade não era contemplada pelos programas. Como as residências estão em universidades com acesso a hospitais que abrigam pronto socorros, isso facilitou o atendimento da exigência. Porém, com resistência dos alunos trazendo constrangimentos para a coordenação.

Os campos de práticas se apóiam na articulação de parcerias com serviços externos, tanto em empresas privadas como na área pública. Todos os programas apontaram dificuldades na construção desse importante alicerce da formação na relação saúde-trabalho.

As dificuldades se manifestam nos dois pilares dessa construção. No setor privado decorre das profundas mudanças estruturais no mundo do trabalho, como já analisadas neste estudo, associado ao desmonte das estruturas públicas de regulação do trabalho como Ministério do Trabalho, Previdência Social e suas respectivas normatizações ocorridas mais recentemente. No setor público, principalmente pela não institucionalização da Saúde do

Trabalhador no SUS, como enfatizado pelos quatro coordenadores. Ou seja, o esperado era que nesses últimos anos dentro do SUS, tivesse acontecido o surgimento, a ampliação com capilarização e a consolidação de rede de serviços de Saúde do Trabalhador estruturada, e funcionante em consonância com os princípios e diretrizes do sistema. A criação da RENAST representou esforço nesse sentido, mas ficou longe do que era esperado.

A coordenadora do PRM I foi a que mais destacou esse problema no seu relato sobre a RENAST, em que um dos propósitos da residência médica em saúde do trabalhador, na década de 1980 – 1990, era a formação de médicos especializados na área para trabalharem no SUS, propósito esse nunca alcançado, tendo em vista que a criação do SUS foi um projeto contra hegemônico desde sua criação, com alguns avanços em governos progressistas.

Já há algum tempo não são promovidos concursos federais ou estaduais para suprirem os serviços públicos da área. Há casos esporádicos em municípios, mas os salários oferecidos não são atrativos para os egressos dos programas, como mostrou o estudo realizado no PRM IV, em que todos os egressos contatados exerciam suas atividades no setor privado.

Feuerwerker (2000), destaca a ausência da discussão da residência médica na Reforma Sanitária; Narvai (2018), aponta a falta de uma carreira estruturada de abrangência nacional no SUS; entraves à necessária regionalização da saúde e sua privatização via OS; subfinanciamento crônico e vampirizado do SUS; talvez sejam algumas das causas da não institucionalização da Saúde do Trabalhador no SUS.

Os coordenadores entrevistados destacaram dificuldades, como por ex., a articulação com INSS para campo de estágio dos residentes em perícias previdenciárias, não acesso às empresas para avaliação dos ambientes de trabalho, entre outras, fazem com que os coordenadores passem a buscar campos de prática na própria Universidade, por serem abertos aos residentes. Como exemplo, as atividades de perícia e reabilitação profissional do PRM I, pois, se por um lado é uma solução para as restrições de estágio dentro do INSS, por outro cria-se, em um campo tão criticado, a possibilidade de aprender sem preconceitos.

Um dos fatores importantes para a institucionalização da Saúde do Trabalhador no SUS, seria a participação dos trabalhadores através dos sindicatos. Esta forma de participação dos trabalhadores trazida aos serviços de Saúde do Trabalhador pela Medicina Social Latino Americana e pelo Movimento Operário Italiano, a partir de um determinado período deixou de existir, fragilizando o SUS. Os coordenadores do PRM I e III se referiram ao término dos estágios oferecidos nos departamentos de saúde dos sindicatos, por problemas dos próprios sindicatos. Houve um desempoderamento do trabalhador ao longo do tempo, determinado pelo avanço das políticas neoliberais. Por outro lado, o coordenador do PRM III sente que há

um certo preconceito de alguns preceptores e residentes quanto ao trabalho com sindicalistas (“...é problema para todos os lados.”)

Uma estratégia bem trabalhada pelos coordenadores para suprir deficiência da formação dos alunos que chegam aos programas, foi a articulação com outras especialidades buscando estágios em clínicas afins à Saúde do Trabalhador. Segundo a coordenadora do PRM I, “os residentes acham que não é necessário conhecer clínica médica para ser médico do trabalho.”

A abordagem clínica está incorporada na vigilância à saúde dos trabalhadores desde o diagnóstico individual, na avaliação dos agravos à saúde, até os diagnósticos coletivos para atuação na prevenção, no acesso aos benefícios e no pensar crítico dos determinantes dos agravos do mundo do trabalho, como definidos nos modelos de vigilância de Paim (1998), e Firpo (1997), discutidos neste estudo em outro capítulo.

Na percepção de alguns profissionais da área, os médicos procuram a Medicina do Trabalho para não lidar com pessoas, como se os trabalhadores não tivessem que ser examinados ou se as doenças dependessem apenas da exposição aos agentes físicos, químicos e biológicos, como se tudo isso não dependesse de interações entre seres humanos e ambientes físicos e organizacionais, situados em contextos macropolíticos, em moldes que desafiam a compreensão dos profissionais.

Um dos sintomas desta desistência do contato dos médicos do trabalho com pessoas, subestimando a clínica médica, é a tendência que se observa na preferência dos médicos do trabalho pela área de gestão. Percebendo esse movimento, a coordenadora do PRM II, inseriu a disciplina de “Gestão de Saúde Suplementar nas Empresas” na grade de atividades dos alunos do segundo ano da residência.

Iniciativas exitosas nos programas merecem ser destacadas.

No PRM I, houve a criação de um serviço para atendimento dos músicos, que mostra um reconhecimento do programa, e a otimização de uma abordagem mais aprofundada de explorar problemas de saúde relacionados ao trabalho de músicos, que poderia ser totalmente esquecido. Mostra um caminho de como construir o reconhecimento de um problema, que ainda não ganhou destaque no contexto da Saúde do Trabalhador.

Outra experiência do PRM I, que influenciou mudanças na estrutura do programa, foi a questão dos transtornos mentais entre os residentes, com caso de tentativa de suicídio, que mobilizou a instituição a criar serviço de saúde mental de demanda espontânea para atender os alunos.

No PRM II, a entrada da nova coordenadora tem reflexos na grade de atividades do programa como: a ampliação do campo na interface com a saúde ambiental, emergência de novos temas de cidadania como a abordagem da capacidade de trabalho das pessoas com deficiência e a gestão de serviços (esta última discutida acima). Por ser também responsável pelo Departamento da Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da instituição, onde está inserido o PRMMT, há uma aproximação dos estudos teóricos dos temas da saúde do trabalhador e saúde coletiva.

A formação em Medicina do Trabalho começa na década de 1970, com a criação dos Cursos de Especialidades em instituições de ensino. Ao longo do tempo essa modalidade de formação tem se multiplicado, mais preocupados em atender às demandas do mercado, e hoje esses cursos, na opinião de alguns coordenadores, concorrem com os PRMMT. No sentido de estabelecer critérios mínimos de qualidade, a ANAMT, desde 2004, tem priorizado a acreditação desses serviços.

Mas existem exceções, aqueles ligados às instituições dos programas que complementam a carga horária teórica e contribuem positivamente, segundo os entrevistados. Esse é o caso do PRM IV. Foi o primeiro curso, criado em 1972, para atender o chamado do Ministério do Trabalho, na época. Desde então, se mantém vinculado ao Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina, e mais recentemente ampliou seu campo de prática para atender aos critérios da ANAMT, segundo relato do coordenador.

Observou-se que os coordenadores ao responderem às questões relativas às principais estratégias didáticas-pedagógicas, identificaram a proposta mínima da CNRM como o projeto dos programas, porém, ao descrever as atividades desenvolvidas, constatou-se que as práticas didático-pedagógicas vão muito além das determinações da CNRM.

No geral, as estratégias apontadas mostram quais os recursos utilizados: interação contínua com os preceptores, seminários, cursos temáticos com certificação, discussão de casos com leituras dirigidas, participação em eventos como fóruns regionais, apresentação de TCC em congressos, Observatório da Saúde do Trabalhadores etc.

Essas iniciativas são importantes, mas não houve manifestação dos coordenadores quanto à outras metodologias, com exceção do PRM II, que pudessem tornar as atividades de ensino-aprendizagem mais compartilhadas entre residentes e seus preceptores/professores.

A proposta discutida na ANAMT sobre as Competências em Medicina do Trabalho, que muda o programa mínimo da CNRM a partir de 2020, inova ao propor “o que” fazer, mas deixa a desejar em “como fazer”.

Como destacou Perrenoud (1999), para a universidade formar profissionais reflexivos, ela tem que desenvolver alguns dispositivos como análise de práticas, vídeo-formação, escrita clínica, técnicas de auto-observação e de esclarecimento, etc.

A aprendizagem por competências começou a ser implantada pela coordenadora do PRM II, em 2017. Houve todo um processo de preparação para isso, com envolvimento e discussão junto ao quadro docente do Departamento de Saúde Coletiva, também sob sua coordenação, permitindo assim uniformizar os olhares.

Como parte integrante da proposta da aprendizagem por competências, a coordenadora do PRM II, inovou também na avaliação dos discentes, ao introduzir matriz de autoavaliação dos residentes e não aplica provas para avaliação de conhecimentos. Os alunos recebem o feedback após avaliados e os discentes avaliam os docentes.

Todos os programas utilizam o livro “Patologia do Trabalho” do Professor René Mendes. Sua obra vem contribuindo com a formação médica no Brasil desde 1980, quando a “carência de textos em português” sobre o tema era grande.

O primeiro livro publicado em 1980, “Medicina do Trabalho e as Doenças Profissionais”, revela no seu prefácio, o propósito de apresentar o tema em profundidade e trazer um “conteúdo doutrinário, que embora potencialmente polêmico, representa o embrião de escola que temos a pretensão de estar formando.” Na apresentação do livro, feita pelo Dr. Bernardo Bedrikow em 1979, consta referência à contribuição de vinte especialistas brasileiros que trouxeram dados de sua própria experiência, e alguns professores de países latino-americanos. Com aproximadamente seiscentas páginas, o livro aborda, em dezessete capítulos, os fundamentos da Medicina do Trabalho e Temas de Patologia Ocupacional.

A terceira edição do livro “Patologia do Trabalho” publicado em 2013, conta com 1950 páginas, dois volumes, 104 colaboradores e 58 capítulos. Publicação recente “Dicionário de Saúde e Segurança do Trabalhador”, reúne 521 autores, 1237 verbetes e 1280 páginas.

ASPECTOS GERAIS E A REPRESENTAÇÃO SOCIAL DOS COORDENADORES

A formação médica nas relações saúde-trabalho idealizada na década de 1980, não aconteceu, conforme relataram os entrevistados. Nem mesmo a RENAST - Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador, criada em 2002, com a finalidade de disseminar ações de saúde do trabalhador articuladas às demais redes do Sistema Único de Saúde, conseguiu atender às expectativas de uma formação voltada para a realidade do mundo do trabalho, no que diz respeito à aprendizagem médica.

As políticas implantadas não vieram com aumento da oferta de trabalho no SUS, que absorvesse os alunos especializados nos PRM(s) em Saúde do Trabalhador, em uma concepção centrada no caráter social do processo saúde-doença, articulado ao processo de trabalho. Não houve também, incentivo das políticas públicas, tanto do setor saúde quanto do setor educação, que pudesse garantir vínculos aos PRM(s), com diversos serviços de áreas afins ou que oferecesse melhores recursos financeiros para que os residentes pudessem se dedicar com exclusividade à sua formação profissional.

Por outro lado, na lógica do capitalismo globalizado contemporâneo, os profissionais que atuam na área da Medicina do Trabalho nas empresas, nesses quase quarenta anos da sua existência no Brasil, não conseguiram dar resposta prevencionista aos acidentes em ambientes de trabalho ou aos agravos à saúde dos trabalhadores, a despeito das exigências legais vigentes. Essa evidência pode ser constatada com os dados estatísticos de acidentes do trabalho da Previdência Social e da pesquisa domiciliar do IBGE em 2013, que aponta aumento de 589% de acidentes relacionados ao trabalho em relação aqueles registrados na Previdência Social. (VILELA; HURTADO, 2017).

A Higiene do Trabalho um dos pilares da Medicina do Trabalho, apresenta ainda limitações: enfoques que privilegiam a busca de um só agente, prevalecendo a divisão entre físicos, químicos e biológicos; fixação de normas como Limites de Tolerância, Níveis Aceitáveis de Exposição etc., além de limitarem parcialmente a exposição aos agentes ambientais reunidos inevitavelmente nas empresas, não explicita o que é tolerância e diz claramente que o que se pretende é controlar a exposição e não o ambiente. (VASCONCELOS, 1995).

Vasconcelos (1995), cita que os níveis admissíveis de exposição variam enormemente de um país para outro e de uma para outra época. O informe técnico nº 601/1977 da Organização Mundial da Saúde – OMS, reconhece que essas variações muitas vezes se devem a fatores políticos e econômicos. Esclarece o autor:

Exemplifica que nos Estados Unidos os padrões são propostos com base em critérios de saúde, mas, quando da sua definição efetiva, leva-se em conta aspectos tecnológicos e econômicos. Na então URSS, dizia o informe, se reconhecia também que os fatores tecnológicos e econômicos influem no nível de exposição, contudo as normas eram definidas exclusivamente com base em critérios de salubridade. (VASCONCELOS, 1995, p.592).

A distorção que sofreu a Higiene do Trabalho, não foi, como fica demonstrado por Vasconcelos (1995), criada no Brasil, mas sim no seu próprio berço. No Brasil os médicos das empresas reproduzem tais técnicas sem críticas, o que na prática se traduz em aumento

dos agravos à saúde dos trabalhadores. Um exemplo das consequências desse contexto foi a contaminação por produtos químicos que ocorreu no Brasil, na empresa Shell-Basf, caso amplamente divulgado em trabalhos científicos e na imprensa.

A Higiene Ocupacional é importante para o estabelecimento de diagnósticos de exposições ambientais. Não negamos esta realidade. O que questionamos é a simulação dos dados, é a não existência de recursos nos diversos serviços para o estabelecimento real dos parâmetros de análise, é usarmos valores de outros países, onde as condições de trabalho são bem diferentes das nossas. As desvantagens na vida real ficam sempre do lado do trabalhador, como temos visto, acontecem também nos vários documentos previdenciários, nos Perfil Profissiográfico Previdenciário (PPP), PPRA, PCMSO, Laudos Ergonômicos etc., emitidos pelas empresas.

Mudanças no perfil de residentes e no mercado de trabalho se autoinfluenciam. A empregabilidade dos egressos é uma realidade e os próprios residentes apontam que o setor público não os absorve. As mudanças de contexto, chamadas de “ruptura geracional” se caracterizam também, no fato de quem são os residentes: não são mais militantes! O apelo do mercado, numa perspectiva neoliberal, muda o perfil dos residentes que procuram a Medicina do Trabalho como especialidade. Fizeram parte dessas mudanças o descenso da saúde do trabalhador nos movimentos sindicais, e a emergência da estratégia da saúde da família como campo de atração política de militantes envolvidos na construção do SUS.

A criação dos cursos *stricto sensu* no Brasil, exigiu grande esforço de instituições públicas e privadas, como colocado pelos coordenadores entrevistados, mas há de se reconhecer que têm propósitos bem diferentes daqueles da Residência Médica. A princípio, não formam especialistas e sim, pesquisadores dentro de departamentos de áreas afins como acontece com as pesquisas de Saúde do Trabalhador junto à Saúde Coletiva, por exemplo, ou o estudo da Ergonomia ou Saúde Ambiental no Departamento de Engenharia.

A relação entre os cursos *stricto sensu* e a Residência Médica assume formato de disputa, quando as instituições que convivem com as duas modalidades de ensino passam por dinâmica de ofertas em que uma é mais valorizada que a outra, no caso o financiamento da pesquisa, o prestígio acadêmico das publicações, passam a ser moeda de troca. Assim, na carreira universitária se apresentar vinculado a cursos *lato sensu* não oferece prestígio acadêmico.

Soma-se a isso o fato da Residência Médica exigir dedicação de preceptores e coordenadores no gerenciamento dos conflitos, nas avaliações dos alunos, nas articulações de estágios fora das universidades, na atualização dos projetos políticos pedagógicos, sem

qualquer compensação na carga horária dos pesquisadores ou no reconhecimento financeiro dos mesmos.

A Faculdade não valoriza a preceptoria e a coordenação da residência médica. Apesar disso, cursos de pós-graduação parecem estabelecer predominantemente em relação de competição e simbiose com programas de residência. Parcerias não institucionalizadas são soluções para atender as exigências impostas à coordenação pela CNRM. Na observação da autora é possível destacar que no estado de São Paulo e também nos demais estados sedes de PRM visitados, houve importante crescimento no número de profissionais que atuam e atuavam em Programas de Saúde do Trabalhador e Centros de Referência em Saúde do Trabalhador no rol de candidatos a programas de pós-graduação. Uma vez concluídos esses estudos parte dos pós-graduandos migra para serviços de ensino e pesquisa, mas parte importante volta a atuar em seus serviços de origem, tendo escolhido como tema de pesquisa problemas que eram vivenciados em suas práticas cotidianas.

A aproximação iniciada ainda na formação de residentes parece ser importante nesse sentido, embora também pareça existir, por parte de pesquisadores que atuam no campo, mesmo em serviços que não oferecem programas de residência médica, movimento já denominado de “frequentar a vida”. Ou seja, pesquisadores que criam canais de comunicação com os serviços, estimulando relacionamento de tipo “ganha-ganha”.

Mudanças do MEC quanto a liberação do trabalho dos residentes além das sessenta horas semanais, também repercutiu na dinâmica da aprendizagem dos residentes, segundo a coordenadora do PRM I. Para completar a renda mensal, os residentes dão plantão em finais de semana, ou mesmo à noite, não se dedicando totalmente à residência.

Ainda sobre os impactos das mudanças geracionais destacadas pela coordenadora do PRM I, Watte et al. (2015), discutem que:

A autonomia sobre a própria vida tornou-se um elemento decisivo nos critérios de escolha da especialidade pelos alunos e pode ser caracterizada por: tempo pessoal livre, que pode ser aproveitado para as práticas de lazer e convivência com a família e maior controle sobre as horas semanais trabalhadas que até então superava limites pessoais, e o número de plantões, que são somados à carga semanal. Os estudantes tendem a escolher especialidades que tem número fixo de horas de trabalho, com menor necessidade de permanecer no local de trabalho após o turno possibilitando a organização da própria vida profissional e pessoal. Esses aspectos do estilo de vida parecem ser mais influentes que motivadores considerados mais tradicionais como remuneração, prestígio e duração da formação.

Os autores ainda chamam atenção para a diferença existente entre gerações na definição de estilo de vida:

- Geração Silenciosa – nascidos entre 1925-1944: casou cedo, considerava a televisão um luxo, e acreditava na teoria do “grande homem”.
- Geração X – nascidos entre 1963 – 1981: teve uma adolescência prolongada, casou mais tarde ou permaneceu solteira. Houve inserção da mulher no mercado de trabalho, a consideração da tecnologia como um fato da vida e um aberto desdém pela hierarquia.
- Geração do Milênio – nascidos entre 1982 – 2000: está ingressando na carreira médica, tem como marco a tecnologia intrínseca à sua vida. O modelo familiar tem aspecto não tão estruturado (em contraste com as gerações anteriores), e o casamento e os filhos vêm cada vez mais tardiamente. Tem a percepção de um tempo menor para a conclusão de etapas do que as gerações anteriores.

Segundo os autores, essas mudanças na estrutura de recompensa e nos interesses da atual geração sugerem que estilo de vida e renda, permanecerão fatores importantes que implicam diretamente na escolha da especialidade médica.

Essas análises podem explicar os conflitos que geram nos PRM(s) quando se propõe aumento da carga horário de plantões, até mesmo a insistência dos alunos em se voltar para temas que permitem competir no mercado de trabalho, como por ex. saber fazer PCMSO/PPRA.

A FORMAÇÃO E SEUS CONFLITOS

Os conflitos foram observados em todos os níveis dentro dos programas, em uns mais em outros menos. Alguns foram discutidos nos eixos anteriores, porque se vinculavam a situações específicas aqueles problemas. Vamos nos deter nos conflitos caracterizados como ideológicos e bioéticos que, mais enfaticamente, foram trazidos no discurso da coordenadora do PRM I.

Uma das colocações da coordenadora do PRM I, foi o desprestígio da especialidade entre a própria categoria médica. Entre uma das causas, a perda da autonomia valorizada nos códigos de ética médica, e nas atitudes dos próprios médicos.

Interessante observar que os médicos ao se submeterem às exigências das empresas, perdem o caráter do que Donangelo (1975), chamou de “Medicina Liberal”. O trabalho médico exige “a eliminação da interferência do “leigo” e o poder de julgamento das

ações profissionais às pessoas de igual formação especializada, ganhando uma dimensão moral e técnica.” Talvez o que Regina nos coloca é que na Medicina do Trabalho isso ficou mais evidente no passado: a submissão explícita do médico ao capital fez com que ele perdesse seu prestígio diante dos seus pares. No passado!!! A “dona da empresa” como leiga, não pode não acatar uma decisão médica.

Mas, essas questões evoluem em outras dimensões. Como colocado por Donnangelo (1975), cria-se uma “*coesão grupal*” para o enfrentamento dessas contradições. As associações de classe e a legislação asseguram as relações com o capital, sem que isso seja um constrangimento no senso comum da categoria profissional.

A falta de autonomia de médicos do trabalho especialmente atuando em empresas foi largamente exemplificada em livro organizado pela “Association Santé et Médecine du Travail (SMT)”, publicado em 1998, na França, intitulado “Des médecins du travail prennent la parole. Um métier en debat.”³⁰

Os inúmeros relatos de situações de constrangimento impostos ao trabalho de médicos do trabalho franceses, ajudam a destacar a complexidade da construção de soluções para esse problema. Na França, a contratação e a demissão desses médicos não era atributo específico da empresa em que atuariam. Sindicatos de trabalhadores precisavam concordar com as decisões. Uma vez contratados, esses profissionais podiam dedicar um terço de seu tempo de trabalho a atividades a serem realizadas nos locais de trabalho, em observações e ou avaliações de situações encontradas. Apesar disso, o poder patronal ainda podia impedir o livre exercício do trabalho dos médicos, havendo inclusive relatos de casos em que o profissional era obrigado a comparecer ao emprego, e permanecer sem nada fazer. Situações hoje facilmente caracterizadas como típicas de assédio moral.

Nesse estudo os exemplos mais citados como potencialmente conflituosos incluíram: a) aspectos de rotinas e de controle administrativos do trabalho dos residentes; b) empresas que ofereciam estágios em que era nítida a proposta de uso do trabalho do residente como “mão-de-obra” barata; c) situação de recusa a participação em atividade prevista na programação da residência (estágio em empresa, estágio em urgência/emergência etc); d) situações em que o médico residente manifestava desconfiança e falta de empatia pelo trabalhador que atendia.

Em nosso entendimento as situações de maior potencial didático pedagógico, aparecem em exemplos destacados no item “d” acima. De um lado há um conjunto de

³⁰ Association Santé et Médecine du Travail. Des médecins du travail prennent la parole. Un métier en debat. Paris; Syros. 1998. (400 p).

interrogações que mereceria explorar as origens desse tipo de comportamento. Por outro lado, há questões que devem explorar “o que” e “como fazer” em situações assemelhadas.

Nesse sentido é importante apontar a falta nos programas descritos, de atividades didáticas desenhadas com a intenção explícita de abordagem sistemática de aspectos relativos ao desenvolvimento de competências de juízo moral. Há falta de estratégias claras, previamente definidas, que orientem a condução do caso pela equipe docente, ilustrando cuidados de avaliação crítica da situação, de conhecimentos mais atuais a serem mobilizados de modo a ensejar reflexão, crítica e juízo moral nas decisões.

Os requisitos de competência dizem respeito a conhecer uma situação de trabalho e nela identificar riscos à saúde, a fazer uma hipótese diagnóstica para se desenvolver uma investigação de nexos dentro das competências éticas e de valores, sempre reconhecendo situações vivenciadas, como fonte com maior capacidade de permitir a aprendizagem.

Entre as práticas pedagógicas em Saúde Coletiva apresentadas neste estudo, discutimos duas possibilidades metodológicas definidas por Gigante e Campos (2016). A educação continuada que parte da concepção de que mais informações melhoram a competência dos profissionais, é disciplinar e geralmente direcionada para uma categoria profissional. A transmissão do conhecimento se dá fora do ambiente de trabalho, embora contribua com a formação, não modifica as práticas institucionais; e a educação permanente em saúde, entendida como aprendizagem no trabalho, em que o aprender e ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho.

Mitre et al. (2008), dizem que é “imperioso discutir as metodologias ativas de ensino-aprendizagem, a concepção embutida na educação permanente, pois a velocidade das transformações nas sociedades laicas e plurais contemporâneas, em um contexto em que a produção de conhecimento é extremamente veloz, tornando ainda mais provisórias as verdades construídas no saber-fazer científico.”

A DCN de 2001 instituiu a política de educação permanente como estratégia no SUS, para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para a saúde.

A Educação Permanente estabelece o trabalho como espaço de aprendizagem para os profissionais da saúde, em um processo permanente e inacabado de reflexão-ação-reflexão. A partir da problematização de situações reais e concretas, tais espaços possibilitam a aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes, que por sua vez permitirão mudanças nos paradigmas educacionais e assistenciais por meio do pensamento e da ação conjunta ao redor das situações/problemas. (MEDEIROS, 2015).

Segundo Medeiros (2015), existe uma “cultura do silêncio”, que nos leva a uma questão ética: por que estudantes e profissionais presenciam maus tratos e não são capazes de expor suas opiniões?

A desumanização que ocorre no ensino e no trabalho se encontra na invisibilidade. Todos estamos sujeitos a reproduzir atitudes agressivas levados pela “ideologia da opressão”, mas “aprender com os erros é uma forma de legitimar a aprendizagem significativa crítica, ao aceitarmos nossas fragilidades fazemo-nos pessoas mais reais que ideais.” (MEDEIROS, 2015).

É necessário ressignificar o conceito de problema. Segundo a autora, profissionais não concebiam problema como solução, e não o relacionavam ao processo de ensinar e aprender. Algumas concepções:

- *Euclides – problema parte da observação imbuída de algum conhecimento prévio para a tentativa de conhecer algo ainda desconhecido;*
- *Dewey - ponto de partida de qualquer indagação. Situação indeterminada.*
- *Rovere – problema é uma lacuna entre uma realidade e o desejo acerca de como deveria ser essa realidade para determinado observador (não existe sem esse sujeito). (MEDEIROS, 2015, p. 121).*

A frequente atitude de esquivar-se e ocultar os problemas do cotidiano do trabalho e do ensino, [...] tende a paralisar processos e organizações e bloquear o processo criativo de trabalhadores e estudantes.

A exploração dos problemas como fonte de indagações e inovações permite explorar ao máximo as experiências nas suas perspectivas educativas, de modo que transformem o processo de trabalho num instrumento gerador de qualidade permanente, além de antecipar novos problemas que colocam os atores em sucessivos ciclos de aprendizagem e ensino. (MEDEIROS, 2015, p. 121).

A construção da forma ativa de aprender se dá em três enfoques:

- Identificar que problema chave da relação ensino-aprendizagem está na trajetória de superação da passagem de objeto a sujeito por parte do aprendiz. Foco do ensino é desbloquear o potencial criativo das pessoas.
- Situação chave é manter o outro como sujeito: foco do ensino é criar oportunidades e desafios às pessoas.
- Ensino forma o sujeito que reforma o ensino: foco do ensino é fazer cultura. (MEDEIROS, 2015, p. 114).

Essas etapas da forma ativa de aprender, permitem desenvolver competências na perspectiva de diminuir a assimetria das relações de poder; modificar o paradigma de satisfação dos atores sociais envolvidos; ensinar sobre o alcance de humanidades e bloqueio dos ciclos de violência; considerar questões subjetivas e emocionais para o planejamento das relações; estabelecer comunicação horizontal que convida a reflexão; contribuir para o estabelecimento de relações sociais satisfatórias; tornar a educação continuada complementar ao processo da educação permanente.

Aprendizagens por competências dentro dessas estratégias nos parece possibilitar o enfrentamento das contradições que surgem no cotidiano dos PRMMT, inclusive as relacionadas à competência de juízo moral.

Observou-se a não valorização dos aspectos pedagógicos pelos coordenadores. A proposta da educação permanente não parece ter ocorrido na residência em saúde do trabalhador.

Medeiros (2015, p. 116), alerta que a “construção de novas visões por meios de métodos ativos requerem esforços de atores sociais para entenderem o contexto político; buscar desvelar, caracterizar e analisar as estruturas de poder relacionadas com sua prática; criar oportunidades capazes de tornarem os atores sociais em sujeitos de suas ações e catalisar movimentos ascendentes; e desenvolver estratégias para desbloquear o potencial criativo dos atores sociais.”

A PERCEPÇÃO DOS COORDENADORES QUANTO À TRAJETÓRIA CONCEITUAL REFERIDA NA EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA MEDICINA DO TRABALHO PARA SAÚDE DO TRABALHADOR

Não é possível responder sobre as percepções dos coordenadores nessa trajetória conceitual sem entender o contexto histórico no qual cada programa se consolidou, quais as mudanças estruturais do capital e seus reflexos na formação dos médicos residentes, já que a residência médica, como vimos, é um aprendizado em serviço.

Antunes (2011), num texto intitulado “O Trabalho e seus Sentidos” publicado na Revista Debate & Sociedade, discute as formas contemporâneas da centralidade do trabalho: “*trabalho abstrato*”, caracterizado pela redução do tempo físico do trabalho, a redução do trabalho manual direto, a ampliação do trabalho mais intelectualizado, que cumprem papel decisivo na criação de valores de troca, sem negar a lei do valor quando se considera a

totalidade do trabalho e o trabalho socialmente combinado; e “*trabalho concreto*”, enquanto elemento estruturante do intercâmbio social entre os homens e a natureza.

Para Antunes (2011), é inconcebível, no universo da sociabilidade humana, “a extinção do trabalho social que cria coisas socialmente úteis e que, ao fazê-lo, (auto)transforma o seu próprio criador.” “É impossível que eliminando o trabalho vivo, o capital possa continuar se reproduzindo.”

O autor explica então, como cada vez mais o capital e a sua lei de valor necessitam cada vez menos do trabalho estável:

A redução do proletariado estável, herdeiro do taylorismo/fordismo, a ampliação do trabalho intelectual abstrato no interior das plantas produtivas modernas e a ampliação generalizada das formas de trabalho precarizado, part-time, terceirizado, desenvolvidas intensamente na “era da planta flexível” e da desverticalização produtiva, são fortes exemplos da vigência da lei do valor, uma vez que é a própria forma assumida pela centralidade do trabalho abstrato que produz as formas de descentramento do trabalho, presentes na expansão monumental do desemprego estrutural. (ANTUNES, 2011, p. 6).

Assim, é possível entender em que sentido caminham as metamorfoses do trabalho, e a luta dos trabalhadores para sobreviverem nessa realidade, assim como suas influências nos campos da formação em saúde do trabalhador.

Ao analisarmos as falas dos coordenadores, observamos que todos enfatizaram a dificuldade do acesso às empresas para avaliação das reais condições de trabalho nos diferentes processos produtivos, exigindo estratégias dos programas para suprirem as necessidades de aprendizagem dos residentes; três deles, PRM I, PRM III e PRM IV, colocaram a mudança do perfil dos alunos no sentido de não mais existirem militantes da Saúde do Trabalhador (“*e nem se pode exigir tal coisa*”), ou seja, os alunos fazem essa especialidade sem terem relação afetiva com a causa dos trabalhadores, uma das possibilidades, talvez seja, porque simplesmente não participaram dessas lutas.

Alguns outros dados manifestados pelos mesmos três coordenadores, PRM I, III e IV, foram a diminuição da procura dos serviços de atenção à saúde dos trabalhadores pelos trabalhadores, e a ausência dos sindicatos como campo de práticas de residentes, é necessário aqui entender como a atual conjuntura social e política no Brasil, agravam o cenário mostrado por Antunes (2011).

Esses fatos sugerem que, além da mudança de perfil dos ingressantes, a realidade social ocorre no sentido de redução progressiva do número de situações capazes de criar tensões nas práticas desenvolvidas e estimular reflexões sobre a autonomia profissional, ou a falta dela. Como agravante, é possível destacar que as mudanças no mundo do trabalho

umentam dia a dia os efetivos precarizados, trabalhadores que atuam fora das empresas em realidades apenas tangenciadas nos campos de prática dos programas estudados.

Como se dão os contatos?

A realidade escapa pelas brechas. Acidentes maiores ou ampliados atualizam desafios de saúde do trabalhador e ambiental, e invadem agendas de encontros científicos e de programas de pós-graduação. Programas de mídia destacam impactos de grande importância associados à instalação de máquinas perigosas em territórios que oferecem benefícios fiscais e associados. Programas de pós-graduação exploram atividades como de motociclistas profissionais e de outros precários, em moldes que dialogam com os PRMMT.

Exemplos similares de contatos tangenciais entre mudanças do mundo do trabalho e atividades de PRMMT, poderiam ser estendidos reforçando a inexistência de estratégias cotidianas de abordagem sistemática de como os residentes e autoridades de saúde poderiam lidar de modo ético e compromissado, com esse tipo de problemas.

Giannotti (1987), ao comemorar os cinquenta anos da estrutura sindical brasileira, revelou que, em meio século de história, ela passou sem abalos, sem arranhões, um caso único nas instituições vigentes.

Tudo cresceu, feneceu, desapareceu, renasceu; com a estrutura sindical assistiu-se um completo congelamento. Montada gradativamente desde a década de 30, com um corpo de leis amarradas entre si por um cimento ideológico claro: a colaboração das classes entre si e o Estado, com objetivo de garantir um sindicalismo dócil, manso, incapaz de atrapalhar a acumulação do capital. (GINNOTTI, 1988, p.9).

No olhar da pesquisadora, mesmo dentro dessa realidade, ocorreram alguns enfrentamentos no Brasil, marcados pelas greves e outras lutas, obviamente, com vitórias pontuais.

Krein e Colombi (2019), como já vimos, chamam a atenção para um “neoliberalismo hiper-reacionário à brasileira alinhado aos EUA, com agravante subordinação aos interesses que vigora nesse país.” Assim, o autor se refere à reforma trabalhista em vigência desde 2017, com o que concordamos. A reforma foi bastante ampla, buscando legalizar práticas de flexibilização que já estavam vigentes, como a terceirização, incentivo à remuneração variável e da despadronização da jornada de trabalho.

Se antes a CLT limitava a atuação sindical, agora com o ataque às organizações sindicais na reforma trabalhista, fica declarado a extinção dos sindicatos, pelo menos nas estruturas estabelecidas até 2017.

Foi evidente a forma de fragilizar as fontes de financiamento das entidades, assim como seu poder de negociação e de organização. Alterações posteriores da legislação tentam ainda minar alternativas de sustentação financeira, como a contribuição negocial que estabelece que “toda contribuição está condicionada a autorização prévia e voluntária do empregado e precisa ser individual, expressa e por escrito, além de tornar nula a contribuição referendada por negociação coletiva ou assembleia e obrigar os sindicatos a efetuarem o desconto via boleto bancário em vez do desconto em folha.” (KREIN; COLOMBI, 2019).

Segundo os autores, como consequências dessas medidas: individualização dos riscos, avançando na lógica de inculcar nos trabalhadores a noção de empregabilidade e a responsabilização pelos riscos na vida laboral, ajuste da demanda da mão de obra de acordo com a necessidade das empresas e da dinâmica do mercado, instabilidade da remuneração, e por fim, diminuição da capacidade de negociação coletiva, ou seja, aumento da vulnerabilidade social dos trabalhadores.

É possível entender a diminuição do número de trabalhadores nos atendimentos nos serviços públicos ou nos departamentos de saúde dos sindicatos. Ocorre pela real diminuição do trabalho formal ou pela constante ameaça do desemprego em mercado de trabalho “instável, hostil e escasso”.

Enfim, as bases estruturais do mundo do trabalho sob as quais a Saúde do Trabalhador foi concebida não são as mesmas.

A análise dos currículos e os discursos de dois coordenadores, PRM I e III, mostram que ambos participaram das discussões de construção do SUS, e acompanharam desde o início a criação dos programas de residência que atualmente coordenam. A princípio, esses programas atenderam ao apelo político de institucionalização da Saúde do Trabalhador no SUS, influenciando as concepções nas quais eles foram criados. A coordenadora do PRM I, deixou claro na sua fala, que a proposta era formar médicos para a RENAST.

Esses dois programas, fizeram um movimento inverso nas suas trajetórias conceituais, ou seja, reagiram às pressões, em situações diferentes e cada um à sua maneira, caminharam de modo a associar a manutenção de atividades de formação para a atuação em Saúde do Trabalhador, com outras influenciadas por mudanças nas instituições de ensino, no mundo do trabalho e no mercado de trabalho da Medicina do Trabalho. Ficam mantidos seus princípios de defesa de atitudes éticas como “guia condutor” diante das práticas desenvolvidas. Os impactos das mudanças do mundo do trabalho ficaram mais evidentes nesses dois programas.

Esses movimentos podem ser identificados quando: no PRM I, a coordenadora teve que ceder à questionamento dos alunos voltado para o mercado, mas não cede à discussão de acabar com a residência que surgiu em alguns momentos entre seus colegas; no PRM III, embora o coordenador não tenha relatado pressão dos seus residentes, as dificuldades surgem durante os estágios externos, alguns conflitos com a mudança da gestão do hospital, terminando com o estágio dos alunos no seu SESMT, ou na dificuldade de outros colegas assumirem a coordenação da residência. Nesse cenário, a proposta em discussão é fortalecer o curso de pós-graduação e terminar com a residência.

No PRM II, diferentemente dos demais, a residência foi criada numa concepção da Saúde Ocupacional, em que a formação era voltada para Medicina Legal, Perícias Médicas etc., com a entrada da nova coordenadora, com experiência em serviço público e privado, a especialização hoje faz um certo movimento de incluir atividades de formação para atuação em serviços de Saúde do Trabalhador, sem eliminar totalmente o programa anterior.

Essa particularidade do PRM II, nos dá a chance de aprofundar a reflexão de como se dá na prática o caminhar entre dois princípios, que à luz dos estudos teóricos, não permitem que sejam complementares na sua essência, como mostrou Vasconcellos e Pignatti (2006), embora se reconheçam avanços técnicos que devam ser incorporados aos saberes, tanto no campo da Saúde do Trabalhador quanto da Medicina do Trabalho.

No PRM II, o movimento para a Saúde do Trabalhador é identificado na busca da coordenadora por parcerias com serviços públicos (CEREST, atenção básica de saúde no SUS, Ministério do Trabalho) e sindicatos para completar a formação dos residentes, além de uma aproximação com o departamento da Saúde Coletiva, na tentativa de ampliar a discussão sobre os determinantes sociais da saúde. Observa-se no material cedido pela coordenadora, que essas práticas são acompanhadas de ensinamentos teóricos através da discussão de casos, e da leitura de textos.

Antunes (2011), nos mostra como o trabalho abstrato se insere nos processos produtivos trazendo mudanças no trabalho concreto, ou seja, precarizando essas relações, explorando ao máximo a força de trabalho. Krein e Colombi (2019), mostram a intensificação das políticas neoliberais que estão sendo implantadas no Brasil, com indiscutível desvantagem para os trabalhadores. A Pesquisa Nacional de Saúde, realizada em 2013 discutida neste estudo, mostrou a magnitude dos agravos à saúde da classe trabalhadora como reflexos das análises colocadas pelos três autores.

Trazendo à discussão as contribuições da Medicina Social Latino-Americana, ou seja, os determinantes sociais dos desgastes à saúde dos trabalhadores, a premissa é: que na

área da Saúde do Trabalhador, a problematização da relação saúde-trabalho é discutida sob a análise do caráter social do processo saúde-doença, e a necessidade de entendê-lo na sua articulação com o processo de trabalho.

Considerando, então, as questões colocadas acima, o PRM II explicita defesa de proposta de formação que mantém traços principais de atender as necessidades de médicos do trabalho no mercado privado – como empregados, autônomos, pessoa jurídica ou algumas das novas modalidades emergentes com a precarização – e incorpora, de modo ainda a ser avaliado, aspectos da formação para atuação na saúde do trabalhador, ou mais precisamente, em serviços da RENAST. Persiste por ser esclarecido, o objetivo embutido nos esforços de inclusão de ações da Medicina do Trabalho, na atenção básica de Saúde. Em algumas falas, a coordenadora do PRM II, parece acreditar e defender a idéia de que médicos do trabalho sejam contratados e integrados às equipe que atuam em serviços da rede básica. Haveria espaço na atenção básica para a saúde do trabalhador? Se sim, quais as estratégias a serem traçadas, já estão dadas?

Essa ideia contraria as atuais iniciativas e estratégias preconizadas pela área de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde, em seus esforços de implantação de ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Básica de Saúde. (MS, 2018).

É evidente que a complexidade do cotidiano da atenção básica contrasta com as lógicas disciplinares que produzem identidades profissionais e os regimes de verdade que sustentam os discursos da técnica e do saber vigente. Essa é precisamente a potência da formação na atenção básica, a travessia a ser percorrida pela formação no serviço. (FERLA et al., 2017, p. 20).

Por outro lado, a inclusão de atividades voltadas à discussão de tema como gestão de programas, saúde suplementar etc., parece revelar que o programa reage não só à influência de mudanças do aparato jurídico vigente, como à iniciativas de organismos institucionais nacionais e internacionais que, no campo da saúde pública, valorizam de modo crescente a chamada atuação programática. Um dos riscos corridos nesse movimento é o da captura, e ou da atuação influenciada por modismos. Outro risco é o da perda da visão crítica em relação ao alcance e impactos das transformações em curso no mundo e no mercado de trabalho médico e/ou outros profissionais de saúde. Deixar de enxergar que o tsunami da precarização também atinge o trabalho médico. Um dos sinais de alerta nesse sentido parece ser, segundo observações de alguns sindicatos, a expressiva redução já ocorrida no mercado de perícias médicas na Justiça do Trabalho. Em outras palavras, haverá mercado para o médico assim formado?

Um empenho louvável da coordenadora do PRM II, foi a articulação interna com os serviços que vêm contribuindo com a formação dos residentes, propiciado por uma estrutura acadêmica mais sólida, que ocorre ao promover estágios nos laboratórios de Ergonomia e Toxicologia. Além disso, a coordenadora é a única entre os quatro programas que já está implantando a abordagem da aprendizagem por competências em Saúde do Trabalhador, que segundo resolução da CNRM, será obrigatório a partir de 2020.

O PRM IV, um dos pioneiros no ensino da Medicina do Trabalho na graduação médica (ministrado a partir do quarto ano de medicina, desde 1969), surge a partir de uma vasta experiência na formação de médicos em curso de especialização em Medicina do Trabalho criado em 1972, para atender demanda do Ministério do Trabalho na época, quando não havia ainda o SUS. (LACAZ, 1996).

Diferentemente dos demais cursos de especialização que se proliferaram no mercado de formação médica nos últimos anos, esse tem uma vinculação com o Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade. Os professores contratados são ícones da Medicina Preventiva e Social, alguns da área da Saúde do Trabalhador.

A residência médica criada em 2003, está inserida em faculdade de caráter privado, sem as prerrogativas de serviço público, mas é garantido ao aluno estágios em CEREST, curso de Higiene do Trabalho na FUNDACENTRO, e são abordados temas sobre Saúde do Trabalhador no curso de especialização, com frequência obrigatória dos residentes.

Pode-se considerar, que criado sob a influência do curso de especialização em Medicina do Trabalho na sua concepção mais clássica, no PRM IV há um movimento para a abordagem prática e teórica em Saúde do Trabalhador, sem muitos conflitos entre seus atores.

Mas há uma questão discutida por Siqueira (2019), muito pertinente:” não se faz Saúde do Trabalhador sem trabalhador”. Será então, que essa disputa se sustenta num mercado sem trabalhadores organizados? Não é por acaso que alguns coordenadores colocam a migração dos militantes da Saúde do Trabalhador para os programas de Saúde da Família e da Comunidade, ou mesmo porque foi priorizada essa política no SUS em detrimento da Saúde do Trabalhador.

CAPÍTULO VI

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base no referencial teórico da determinação social do processo saúde-doença, buscamos analisar o conteúdo sócio-histórico da formação médica em Saúde do Trabalhador/Medicina do Trabalho, através de entrevistas de coordenadores de programas de residência médica em quatro instituições pesquisadas.

Nossa hipótese inicial era que o campo de atuação dos profissionais médicos na relação saúde-trabalho, sofre interferência das mudanças que ocorrem no mundo do trabalho, das contradições entre as exigências e recursos existentes nas instituições, e carregam distorções ideológicas com impactos negativos à saúde do trabalhador.

Para confirmar ou não nossa hipótese, indagamos se o formato dos programas de residência médica estavam respondendo aos desafios encontrados no sistema público de saúde; quais os impactos das transformações do mundo do trabalho na formação médica; e se havia movimentos na trajetória conceitual da Medicina do Trabalho para o campo da Saúde do Trabalhador.

A compreensão da história dos programas, de seus ambientes, das condições políticas ao longo do tempo, das mudanças ocorridas, da inserção das abordagens de ensino - aprendizagem e das práticas específicas na área da Saúde do Trabalhador, permitiu construir resposta preliminar às questões que nortearam nosso estudo.

A especialidade que estuda a relação saúde-trabalho é a Medicina do Trabalho. Os quatro programas mostraram características diferentes. Para uns é necessário oferecer um curso que dê ao candidato elementos de especialidade reconhecida na corporação médica. Mas, reconheceram a necessidade de que o médico formado passe por um campo de práticas em que ele estude as atividades que são realizadas no mundo do SUS. Observa-se então, que há uma tentativa de movimento para a Saúde do Trabalhador, embora a especialidade ainda repouse nas bases conceituais da Medicina do Trabalho.

Constatou-se que a discussão Saúde do Trabalhador versus Medicina do Trabalho está excluída, à priori, do universo da corporação médica e também é pouco discutida nos programas de residência estudados. Os movimentos de organização do SUS, os locais onde o profissional médico pode atuar, abrem espaços para equipes multiprofissionais, e criam situações que no universo da medicina privada não existiam, por ex., o médico do trabalho numa equipe de vigilância.

No SUS, a avaliação de nexos da doença com o trabalho vai criando peso distinto e surgem aspectos jurídico-legais como a lista de doenças relacionadas ao trabalho, livros e manuais dos ministérios envolvidos no tema, que foram trazendo para os cursos de formação a ideia de que se o médico do trabalho não fizer diagnóstico das doenças relacionadas ao trabalho, ninguém faz. Em algumas situações como no caso dos Transtornos Mentais, o psicólogo pode contribuir para sua elucidação, nas Perdas Auditivas Induzidas pelo Ruído, o fonoaudiólogo da mesma forma pode estabelecer um parecer, mas essas questões são motivos de disputa, e a corporação médica reagiu com a resolução do “Ato Médico”.

A formação dos médicos do trabalho nos quatro programas não parece propiciar aos alunos uma visão crítica que pudesse questionar o papel da Medicina do Trabalho, como foi discutido por Vasconcellos e Pignati (2006), ao afirmarem que a posição da Medicina do Trabalho não é tratar, mas avaliar a capacidade física do trabalhador de poder ou não continuar trabalhando, e “muitas vezes o ato médico se traduz na devolução do paciente às fontes determinantes de seu mal-estar original.” Nesse contexto, os autores abrem uma perspectiva de debate sobre qual deveria ser a trajetória conceitual entre as duas concepções.

Apesar de não incorporar o debate sobre a tensão existente entre Medicina do Trabalho versus Saúde do Trabalhador, nosso estudo mostra que houve programas que foram pensados, desde seu início, para atender ao SUS, portanto, à Saúde do Trabalhador, e não conseguiu se manter nesse propósito; assim como houve quem formasse só para a Medicina do Trabalho, e precisou incorporar elementos da Saúde do Trabalhador.

Nos dois casos no que se refere à formação, foram acontecendo mudanças em respostas ao mercado de trabalho; às próprias instituições médicas; às tensões entre a especialização *stricto sensu* e *lato sensu*, com momentos de cooperações e momentos de parasitismo. Nesse último caso, as tensões que ocorreram criaram ambientes mais desfavoráveis para um investimento específico no programa de residência.

Não se observou na fala dos entrevistados uma abordagem que explorasse as oportunidades de aprendizagem que a vida proporciona, por exemplo, no caso do residente que, ao atender o trabalhador, pensa em simulação, ou seja, desconfia de suas queixas. Não houve um tratamento sistemático de buscar aprender com esses momentos. No nosso entender, o caminho pensado sobre a aprendizagem por competências, pode ser o momento propício para se discutir a competência de juízo moral, por ex., até então não aprofundada na rotina dos programas.

As soluções para as questões de juízo moral não dizem respeito apenas aos códigos de ética médica, como discutido por Rios (2016). Maeno (2018), no seu estudo sobre

perícias judiciais, já comentados neste estudo, mostrou também que não estão no campo do conhecimento técnico. Esses problemas embora não identificados formalmente, permeiam as práticas do cotidiano na vida dos profissionais e dos residentes, como vimos nos relatos dos coordenadores dos PRMMT.

Notou-se também no nosso estudo, um certo despreparo dos programas em lidarem com as questões didático-pedagógicas, que na verdade os distanciam de outras alternativas/apoio de práticas criativas. Vimos que em alguns programas o campo da prática mostrou a necessidade de mudanças na atuação dos profissionais, por ex., em saúde mental, mas é diferente quando se procuram formas reveladoras de situações que possam permitir soluções criativas.

A educação permanente é uma abordagem ativa de aprendizagem, que pode tornar o trabalho em saúde um espaço privilegiado de reflexão-ação-reflexão, como discutido em outros capítulos.

O SUS relacionou-se fortemente com a educação para o movimento de construção da cidadania, tendo como um dos pontos de partida a ampliação do conceito de saúde e o enfrentamento das desigualdades, insatisfação dos sujeitos da atenção, exclusão, violência, baixa resolutividade, entre outros.

Na nossa opinião, a própria inserção da Saúde do Trabalhador foi um dos movimentos mais transformadores do SUS. Ao se deslocar a Saúde do Trabalhador para a atenção básica e se investir na estratégia da saúde da família e comunidade, esse deixou de ser o campo de captação da militância, abordada pelos coordenadores (*“fazer especialização em Medicina do Trabalho hoje, é como fazer residência de cardiologia ou qualquer outra especialidade”*).

A residência médica enquanto espaço do “aprender fazendo”, convive com problemas semi-estruturados e inestruturados no seu cotidiano. A falta de apoio nos programas de residência para enfrentamento de problemas - na concepção dada por Medeiros (2015), pode ser resolvida através das estratégias da educação permanente. Podem ajudar inclusive na aproximação entre os cursos de pós-graduação e a residência médica, se as práticas forem valorizadas na avaliação de programas de pós-graduação, ou ainda abrir espaço junto aos residentes para a discussão da competência de juízo moral, pode minimizar os conflitos geracionais, desde que sejam criadas oportunidades de enfrentamento dos conflitos.

Além disso, a educação permanente pode acelerar a forma de perceber as mudanças no mundo do trabalho, e facilitar a adequação do conteúdo programático, problema apontado por um dos coordenadores.

Observa-se que as mudanças que estão ocorrendo no mercado de trabalho já apontam para situações mais radicais de transformações, como por ex., a exposição dos trabalhadores às nanopartículas, os impactos dos perturbadores hormonais, as constantes reestruturações dos processos produtivos ao absorverem novas tecnologias, a precarização do trabalho que hoje atinge o próprio trabalho médico etc., que não estão presentes de forma sistemática nos programas de residência. Como esses eventos são ainda raros, os programas teriam que criar estratégias que valorizassem os casos que eventualmente aparecessem, e/ou ficar atentos nas vistorias aos ambientes de trabalho junto aos serviços de vigilância à saúde dos trabalhadores.

Os PRM analisados não se firmaram como substituição aos cursos de especialização, se mostram como propostas em busca de um objeto. Qual a proposta a ser oferecida dado que todos parecem associar conteúdos da tradicional Medicina do Trabalho/Saúde Ocupacional e da Saúde do Trabalhador no SUS, ao mesmo tempo em que parecem se manter distantes de campos de práticas que permitam formar profissionais mais preparados para lidar com os impactos de saúde do novo proletariado de serviços e também às exposições a riscos emergentes e pouco estudados.

Os desafios da formação parecem passar, seja pela falta de inserção planejada da ST na Atenção Básica, por exemplo, com estratégias centradas em impactos da precarização, seja pelo acesso a campos de práticas que permitam lidar com os desfechos dos riscos emergentes em moldes que associem a implantação de estratégias didático-pedagógicas que incentivem o desenvolvimento de competências de juízo moral a partir de situações pré-selecionadas e da otimização do enfrentamento de situações do cotidiano dos serviços.

A evolução dos programas vai depender muito do que vier a ser a evolução do campo. A virada conservadora que assistimos no campo da saúde do trabalhador no SUS, que atualmente se sustenta a duras penas, caso se intensifique, não vai ter como implantar as mudanças nos sentidos que sugerimos.

Concluimos que as coisas só acontecem quando as condições objetivas estão maduras para que aconteçam. O SUS caminhou durante um tempo avançando mais no plano jurídico institucional do que nas suas práticas, pelo menos na Saúde do Trabalhador

Temos múltiplos cenários. Ou o movimento que vinha acontecendo no SUS termina, ou sobrevive constituindo espaço junto às universidades, pela natureza de instituição que se tem no SUS. De qualquer forma, é necessário que o trabalho seja incorporado na formação médica, mesmo que não se formem especialistas.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, G. S. C. **As determinações do capital sobre a formação do trabalhador em saúde**: um estudo sobre reformulações curriculares em dois cursos de Medicina do Paraná. Tese de doutorado Tese de Doutorado apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Educação, Setor de Educação da Universidade Federal do Paraná, para obtenção do grau do doutor em educação. Curitiba, 2009.

ALMEIDA, I. M. **Análise de Acidente como Ferramenta da Vigilância à Saúde do Trabalhador**. Acessado em 24/02/2017 no endereço:

<https://mail.google.com/mail/u/0/?tab=wm#inbox/159ec5e710db99c9?projector=1>

ALMEIDA, M. J. Gestão da Escola Médica: crítica e autocrítica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, 32 (2): 202-209, 2008.

ALMEIDA, M. R. **A Formação Social dos Transtornos de Humor**. Tese de doutorado apresentada na Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus Botucatu, Departamento de Saúde Pública, 2018.

ALMEIDA FILHO, N. **Reconhecer Flexner**: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 26(12):2234-2249, dez, 2010.

ANTUNES, R. Acessado em 20/11/2015 no endereço

https://www.researchgate.net/publication/314241454_Adeus_ao_trabalho_Vinte_anos_depois_Entrevista_com_Ricardo_Antunes

ANTUNES, R. **Os sentidos do Trabalho – Ensaio sobre a afirmação e negação do trabalho**. 2ª Ed. , 10ª reimpressão revista e ampliada. Boitempo Editorial. São Paulo, 2009.

ANTUNES, R. O Trabalho e seus Sentidos. **Revista Debate & Sociedade**. Uberlândia, MG, v. 1/nº 1, 2011.

ASSUNÇÃO, A.A.; VILELA, L. V. **Lesões por Esforços Repetitivos – Guia para profissionais de Saúde**. Piracicaba, SP. 1ª Edição. Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – CEREST, 2009.

BEDRIKOW, R.; GOMEZ, J.C. Bernardo Bedrikow e a Medicina do Trabalho: o homem e a obra. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**.13(1):43-57, 2015.

http://www.anamt.org.br/site/upload_arquivos/revista_brasileira_de_medicina_do_trabalho_-_volume_13_n%C2%BA_1_157201516253533424.pdf –

BEMVINDO, V. Trabalho e Educação – O Instituto Politécnico de Cabo Frio: elementos históricos, políticos e pedagógicos de uma contraescola. In: **Tecnologia para o desenvolvimento social**: diálogos NIDES-Ufrj. Org. Henriques, Flávio Chedid; Addor,Felipe; Malina, André; Alvear, Celso Alexandre.

BERLINGER, G.; TEIXEIRA, S. F.; CAMPOS, G. W. S. **Reforma Sanitária Itália e Brasil**. Trad.: Tânia Pellegrini. Ed. Hucitec, Centro Brasileiro de Estudos da Saúde. São Paulo, 1988.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 3.120, de 01 de julho de 1998. Aprovação da Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde. Brasília: **Diário Oficial da União**, 1998.

BRASIL, Ministério da Saúde. Relacionadas ao Trabalho – **Manual de Procedimentos para Serviços de Saúde**. Brasília, DF. Brasil, 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro, 2012. Acessado no endereço: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html em 30/06/2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. Lei nº 12.871., de 22/10/2013. Institui o Programa Mais Médico. Brasília, DF. Brasil, 2013.

BRAVO, V. A.A.; CYRINO, E. G.; AZEVEDO, M. A. R. Ensino na Atenção Primária à Saúde e as Diretrizes Curriculares Nacionais: o papel do Projeto Político Pedagógico. In: **Saúde, ensino e comunidade** – Reflexões sobre práticas de ensino na atenção primária à saúde. Org. Cyrino, Antonio Pithon, Godoy, Daniele; Cyrino, Eliana Goldfarb. Cultura Acadêmica Editora; UNESP. SP, 2014.

BUENO, S. F. Theodor Adorno e Hannah Arendt: confluências no campo da filosofia da educação. **Educar em Revista**, nº 49, p. 299-307, jul/set 2013, Editora UFPR, Curitiba, 2013.

CAMPOS, G. W. S. **Os Médicos e a Política de Saúde**. Ed. Hucitec. São Paulo, 1988.

CAMPOS, G. W. S. A Reforma Sanitária Necessário, in: **Reforma Sanitária Itália e Brasil**. Trad.: Tânia Pellegrini. Ed. Hucitec, Centro Brasileiro de Estudos da Saúde. São Paulo, 1988.

CAMPOS, G. W. S. **Mudanças na Educação Médica e Residência Médica no Brasil**, Feuerwerker, Laura Camargo Macruz, p. 18. Rede Unida, Hucitec, SP, 1998.

CAPISTRANO, D. F. O programa de saúde da família em São Paulo. **Revista Estudos Avançados** 13 (35), 1999.

CAPO, R. M.; ALMEIDA, J. W. R.; ROCHA, L. E. A Residência Médica em Medicina do Trabalho na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. **Rev Med** (São Paulo). 2011 jul.-set.; 90(3):108-21.

CARONE, I. A Personalidade Autoritária – Estudos Frankfurtianos sobre o Fascismo. **Revista de Sociologia em Rede**, vol 2, nº 2, 2012.

CASTRO, C. M. et al. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. **The Lancet**, Health Policy, Vol. 394, issue 10195, p345-356, July 27, 2019.

- CHAUI, M. A universidade pública sob nova perspectiva. **Revista Brasileira de Educação**. N. 24, Set/out/nov/dez, p. 5-15, 2003.
- CHAUI, M. **O que é ideologia.**, Editora Brasiliense, 2ª ed. 2008. (Coleção Primeiros Passos 13).
- COHN, A. Mudanças econômicas e políticas de saúde no Brasil, in: **Estado e Políticas Sociais no Neoliberalismo**. Org.: Asa Cristina Laurel. Cortez Editora, SP. 1995.
- CORRÊIA, H., Mudança de Paradigma. **Revista Proteção**, 257, pg 10, 2013.
- CORSI, P. R. et al. **Fatores que Influenciam o Aluno na Escolha da Especialidade Médica**. 38(2): 213-220, 2014.
- CYRINO, E. G. História das Mudanças Paradigmáticas na Educação Médica. Slides apresentados em aula (12/04/2018) da Disciplina Pedagogia da Saúde Coletiva no Programa de Pós Graduação do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina de Botucatu. 2018. Fonte: seminário “**O Relatório Flexner cem anos depois e suas repercussões no ensino de saúde**”, FCM, UNICAMP, 2010.
- DEJOURS, C. **A Loucura do Trabalho – estudo de psicopatologia do trabalho**. Tradução de Ana Isabel Paraguay e Lúcia Leal Ferreira. 5ª ed. ampliada. SP, Cortez – Oboré, 1992.
- DEL ROIO, M. **Gramsci e a Emancipação do Subalterno**. Editora UNESP. SP, 2018.
- DESLANDES, 2002. A Construção do Projeto de Pesquisa. In: **Pesquisa Social – Teoria, método e criatividade**. 21ª Edição, Editora Vozes, 2002.
- DIEESE _ **Anuário de Saúde do Trabalhador**, 2016. Acessado em 24/02/2017 no endereço: http://www.dieese.org.br/anuario/2016/Anuario_Saude_Trabalhador.pdf
- DONNANGELO, M. C. F. **Medicina e Sociedade**. São Paulo, Livraria Pioneira Editora, 1975.
- DONNANGELO, M. C. F.; PEREIRA, L. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, Ed. Duas Cidades, 1976.
- EUGÊNIO, A. **Lágrimas de Sangue - A saúde dos escravos no Brasil da época de Palmares à Abolição**. 1ª Ed. São Paulo, Alameda, 2016.
- FERLA, A. A. et al. **Organizadores. Residências em Saúde e o Aprender no Trabalho: Mosaico de Experiências de Equipes, Serviços e Redes**. Rede UNIDA. 1ª Edição. Porto Alegre/RS, 2017.
- FERREIRA, V. S. As Especificidades da Docência no Ensino Superior. **Revista Diálogo Educacional**, v.10. n. 29, p. 85 a 99. Curitiba, jan/fev 2010.

FEUERWERKER, L. C. M. **Mudanças na Educação Médica e Residência Médica no Brasil**. Rede Unida, Hucitec, SP, 1998.

FEUERWERKER, L. C. M. A formação de médicos especialistas no Brasil. Material preparado para o curso de “**Política de RH para Gestão do SUS**”, realizado em Brasília em 12/2000.

GAULEJAC, V. A Nova Gestão Paradoxal. In: **Clínicas do Trabalho**. Bendassoli, P.F.; Sobolli, L.A.P. (Org.). São Paulo, Editora Atlas, p. 84-98, 2011.

GEHANNO, J. F. Undergraduate teaching of occupational medicine in European schools of medicine. In: **International Archives of Occupational and Environmental Health**, (Impact Factor: 2.1). 04/2013; DOI: 10.1007/s00420-013-0878-5. Source: PubMed.

GIANNOTTI, V. **A liberdade sindical no Brasil**. Ed. Brasiliense S.A., 2ª edição, São Paulo, 1987.

GIANNOTTI, V. **O que é estrutura sindical**. Ed. Brasiliense S.A., 2ª edição, São Paulo, 1988.

GIGANTE, R. L.; CAMPOS, G. W. S. **Política de Formação e Educação em Saúde no Brasil**: bases legais e Referências Teóricas. Trabalho, Educação e Saúde, vol 14, nº 3, Rio de Janeiro Set./Dez. 2016.

GODOY, D. C. **O ensino da Clínica Ampliada na Atenção Primária à Saúde**: a prática de professores tutores e alunos da graduação médica. Tese defendida na FMB/UNESP, Botucatu, 2018.

GOMEZ, C. M.; VASCONCELLOS, L. C. F.; MACHADO, J. M. Saúde do Trabalhador: aspectos históricos, avanços e desafios no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 23(6): 1963-1970, 2018.

GOMES, M. A. S. **Representação social**: uma genealogia do conceito. *Comum*, 10(23), 1221-138. 2004. Acessado em 07/12/2019, em <http://www.sinpro-rio.org.br/imagens/espaco-do-professor/sala-de-aula/marcos-alexandre/Artigo7.pdf>

GUERIN, G. Historie du Mouvement ouvrier apud **A Loucura do Trabalho – estudo de psicopatologia do trabalho**. Tradução de Ana Isabel Paraguay e Lúcia Leal Ferreira. 5ª ed. ampliada. SP, Cortez – Oboré, 1992.

HADDAD, S. **Quem tem medo de Paulo Freire?** Outras Palavras. Acessado em 15/04/2019, no endereço: <https://outraspalavras.net/estadoemdisputa/quem-tem-medo-de-paulo-freire/>

IGUTI, A. M. **Desafios da Vigilância e da Prevenção de Acidentes do Trabalho**. Prefácio. São Paulo: LTr, 2003.

INSS. Instituto Nacional do Seguro Social/MPS. Ministério da Previdência Social. **Anuário Estatístico de Acidentes do Trabalho**, 2014. <ftp://ftp.mtps.gov.br/portal/aceso-a-informacao/AEAT201418.05.pdf>, acessado em 24/02/2017

KISIL, M., in: **Mudanças na Educação Médica e Residência Médica no Brasil**, Feuerwerker, Laura Camargo Macruz, p. 19. Hucitec, Rede Unida, SP, 1998.

KREIN, J. D.; COLOMBI, A. P. F. **A Reforma Trabalhista em Foco: Desconstrução da Proteção Social em Tempo de Neoliberalismo Autoritário**. Educação e Sociedade, Campinas, v.40, e0223441, 2019.

KRUPSKAYA, N. K. **A construção da pedagogia socialista – escritos selecionados**. Ed. Expressão Popular, SP, 2017.

LACAZ, F. A. C. Conhecimentos, práticas em Trabalho-Saúde e as abordagens da Medicina Social e da Medicina do Trabalho no Brasil: final dos século XIX até os anos 1950-60. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho** (USP), v. 10, p. 93-103, 2007.

LAUREL, A. C. La salud-enfermidad como processo social. **Revista Latinoamericana de Salud**, México, 2, pp7-25. Trad. E. D. Nunes. 1982.

LAUREL, A. C.; NORIEGA, M. **Processo de Produção e Saúde – Trabalho e Desgaste Operário**. Edit. Hucitec, SP. 1989.

LEITE, D. et al. A Avaliação Institucional e os Desafios da Formação Docente na Universidade Pós-Moderna. In: **Docência na Universidade**. Org. Masetto, Marcos. 3ª Edição, Papyrus Editora, Campinas/SP, 2001.

LINS, T. A.; VASCONCELLOS, L. C. F.; PALÁCIOS, M. Bioética e saúde do trabalhador: uma interface. **Revista Bioética** (Impressa), 2015; 23(2): 293-303.

LOPES, M. G. R.; VILELA, R. A. G.; QUEROL, M. A. P. Protagonismo para uma compreensão sistêmica sobre acidentes de trabalho e anomalias organizacionais. **Trab. educ. saúde** vol.16 no.2 Rio de Janeiro May/Aug. 2018.

LUCENA, C. et al. Pistrak e Marx: os fundamentos da Educação Russa. **Revista HISTEDBR** on-line, Campinas, número especial, p.271-282, 2011.

LUNA, E. J. A.; ARAÚJO, W. N.; CAVALCANTI, L. P. G. Vigilância Epidemiológica. In: **Epidemiologia & Saúde**, 7ª Edição. Org. Rouquayrol, M.Z.; GURGEL, M. Ed. Medbook, RJ, 2013.

MAENO, M. **Reinserção de Trabalhadores com Lesões por Esforços Repetitivos no Mercado de Trabalho**. Dissertação de Mestrado, FSP/USP, 2001.

MAENO, M. **Perícia ou imperícia: Laudos da Justiça do Trabalho sobre LER/DORT**. Tese de Doutorado, FSP/USP, área de concentração: Saúde ambiental. 2018.

- MALTA, D. C. et al. Acidentes de Trabalho autorreferidos pela população adulta brasileira, segundo dados de Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciência e Saúde Coletiva**, 22(1): 169-178, 2017.
- MARQUES, A. F. et al. O trabalho análogo às condições de escravo no Brasil do século XXI. **Amicus Curiae** V.9, N.9 (2012), 2012.
- MARQUES, L. F. R. **Resgate crítico da CINAEM e das Diretrizes Curriculares Nacionais**. Tese de doutorado defendida na Universidade Estadual de Campinas – Faculdade de Ciências Médicas. Orientador: Prof. Dr. Sérgio Resende Carvalho, 2013.
- MARX, K. **O Capital**: crítica da economia política. São Paulo: Nova Cultural, 1996. v.1, t.1.
- MASETTO, M. T. **Docência na Universidade**. Papirus Editora. 3ª Ed. Campinas, SP, 2001.
- MASETTO, M. T. **Competência Pedagógica do Professor Universitário**. Summus Editorial, 3ª Edição, SP, 2015.
- MEDEIROS, N. M. H. **Educação Permanente em Saúde**: gestão e ensino na concepção dos trabalhadores. SP, Editora FAP-UNIFESP, 2015.
- MENDES, R. **Patologia do Trabalho**. Atualizada e Ampliada. Editora Atheneu, SP. 2003.
- MÉSZAROS, I. A Educação Para Além do Capital. Trad. Isa Tavares, 2ª edição. Editora Boitempo, SP, 2008.
- MINAYO, M. C. S. O Desafio do Conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde, SP, **HUCITEC-ABRASCO**, 1992.
- MINAYO, M. C. S. Saúde e Doença como Expressão Cultural, in Amâncio Filho, a., and Moreira, MCGB., orgs. **Saúde, trabalho e formação profissional** [online]. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. 138 p. ISBN 85-85471-04-2. Available from SciELO Books. <http://books.scielo.org>
- MINAYO, M. C. S. (organizadora); DESLANDES, S. F.; CRUZ NETO, O.; GOMES, R. **Pesquisa Social – Teoria, método e criatividade**. 21ª Edição, Editora Vozes, 2002.
- MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento – pesquisa qualitativa em saúde**. 14ª Edição, Hucitec Editora, São Paulo, 2014.
- MINISTÉRIO da SAÚDE . **Legislação em Saúde**. Caderno de Legislação em Saúde do Trabalhador. 2ª edição revisada e ampliada. Brasília, DF, 2005.
- MITRE, S. M. et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciência e Saúde Coletiva**, 13(sup 2): 2133-2144, 2008.
- MOTA, A.; SCHRAIBER, L. B.; AYRES, J. R. C. M. **Desenvolvimentismo e preventivismo nas raízes da Saúde Coletiva**: reformas do ensino e criação de escolas médicas e

departamentos de medicina preventiva no estado de São Paulo (1948-1967). *Interface Comunicação Saúde Educação*, 22(65):337-348; 2018.

MUNIZ, H. P. et al. Ivar Oddone e sua contribuição para o campo da Saúde do Trabalhador no Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, 38(128): 280-291, SP, 2013.

NARVAI, P. C. **SUS, 30 anos de resistência e contra-hegemonia**. ABRASCO, 2018.

NUNES, E. D. Saúde Coletiva: História de uma ideia e de um conceito. **Saúde e Sociedade**. S 3(2): 5-21, 1994.

OLIVEIRA, N. A. et al. Mudanças Curriculares no Ensino Médico Brasileiro: um Debate Crucial no Contexto do Promed. **Revista Brasileira de Educação Médica**, 32 (3) : 333–346; 2008.

OSMO, A.; SCHRAIBER, L. B. O campo da Saúde Coletiva no Brasil: definições e debates em sua constituição. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.24, supl.1, p.205-218, 2015.

PAGLIOSA, F. L.; DA ROS, M. A. O Relatório Flexner: Para o Bem e Para o Mal. **Revista Brasileira de Educação Médica**, 37(4): 492-499, 2008.

PERRENOUD, P. Formar professores em contextos sociais em mudança: prática reflexiva e participação crítica. **Revista Brasileira de Educação**, Set-Dez 1999, nº 12, pp 5-21. Versão francesa: Former les enseignants dans des contextes sociaux mouvants: pratique réflexive et implication critique, Université de Genève, Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation, 1999. Tradução de Denise Barbara Catani.

PINHEIRO, T. M. M. **Vigilância em Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde: A Vigilância do Conflito e o Conflito da Vigilância**. Tese de Doutorado apresentada no Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, 1996.

PORTO, M. F. S.; FREITAS, C. M. Análise de riscos tecnológicos ambientais: perspectivas para o campo da saúde do trabalhador. **Caderno de Saúde Pública**, 13(Supl.2):59-72, 1997.

QUEROL, M. A. P.; CASSANDRE, M. P.; BULGALOV, Y. L. M. **Teoria da Atividade: contribuições conceituais e metodológicas para o estudo da aprendizagem organizacional**. *Gest.Prod.*, São Carlos, v. 21, n. 2, p. 405-416, 2014.

QUEROL, M. A. P. Entrevista concedida ao Fórum de Acidentes do Trabalho em 10/10/2018. Acessada em 27/06/2019 no endereço: <https://www.youtube.com/watch?v=sObE5JhfBW0>

REVISTA THE LANCET: Os 30 anos do Sistema Único de Saúde. Acessado em 23/12/2019 no endereço: <https://www.uniad.org.br/artigos/2-outros/artigo-na-revista-the-lancet-faz-balanço-sobre-os-30-aos-do-sistema-unico-de-saude-e-projeta-cenario-negativo-para-2030-para-quatro-indicadores-de-saude/>

RIOS, T. A. **Ética e Educação**, 2016. Acessado em 10/01/2020 no endereço: <https://www.youtube.com/watch?v=OsRr4iEFGDc>

ROVAI, E. (org.). **Competência e competências**: contribuição crítica ao debate. Cortez Editora, São Paulo, 2010.

SANTOS, N. R. **SUS Fora do Rumo**: Busca de Luzes: Acima do SUS. Texto recebido por email, em junho de 2015, ainda não publicado.

SCHEFFER, M. et al. Reasons for choosing the profession and profile of newly qualified physicians in Brazil. **Rev Assoc Med Bras**, 2016; 62(9):853-861.

SCHEFFER, M. et al. **Demografia Médica no Brasil 2018**. São Paulo, SP: FMUSP, CFM, Cremesp, 2018. 286 p. ISBN: 978-85-87077-55-4.

SCHWARCZ, L. M.; STARLING, H. M. **Brasil : uma biografia**. 1a - ed. São Paulo : Companhia das Letras, 2015.

SILVA, E. S.N.; SANTOS, T. F. V. Análise dos padrões técnicos de Programas de Controle Médico de Saúde Ocupacional e Atestados de Saúde Ocupacional por meio de auditoria interna. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**. 2014;12(2):50-6.

SILVA, L. M. V.; PAIM, J. S.; SCHRAIBER, L. B. O Que é Saúde Coletiva? In: **Saúde Coletiva – Teoria e Prática**. Org. Paim, J.S; Almeida, N. MEDBOOK, 2014.

SILVEIRA, A. M.; DIAS, E. C. A Formação do Médico do Trabalho: Residência Médica em Foco. **Rev. Bras. Med. Trab.**, Belo Horizonte. V.2, nº1, p. 4-10. Jan-Mar, 2004.

SILVEIRA, A. M. et al. Compassos e descompassos na trajetória do Serviço Especial de Saúde dos Trabalhadores vinculado ao Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais: 30 anos. **Rev. bras. saúde ocup.** vol.38 no.128 São Paulo July/Dec. 2013.

SIQUEIRA, C. E. G. Discussão proferida durante a banca de qualificação desse estudo na Faculdade de Medicina de Botucatu em 21/8/2019.

STREIT, D. S. et al. **Educação Médico**: 10 anos das Diretrizes Curriculares Nacionais. 1ª edição, Ed. ABEM, RJ, 2012.

TAMBELLINI, A. T.; CÂMARA, V. M. A Temática saúde e ambiente no processo de desenvolvimento do campo de saúde coletiva: aspectos históricos, conceituais e metodológicos. **Ciências e Saúde coletiva**, 3(2): 47-59, 1998.

TAQUETTE, S. M.; MINAYO, M. C. Análise de estudos qualitativos conduzidos por médicos publicados em periódicos científicos brasileiros entre 2004 e 2013 **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 26 [2]: 417-434, 2016.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBOAS, A. L. SUS, Modelos Assistenciais e Vigilância da Saúde. Texto elaborado para **Oficina de Vigilância em Saúde do IV Congresso**

Brasileiro de Epidemiologia, acessado em 24/02/2017 no endereço:
<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/iesus/v7n2/v7n2a02.pdf>

T EIXEIRA, S. F. O Dilema da Reforma Sanitária Brasileira, in: **Reforma Sanitária Itália e Brasil**. Trad.: Tânia Pellegrini. Ed. Hucitec, Centro Brasileiro de Estudos da Saúde. São Paulo, 1988.

VASCONCELLOS, L. C. F.; PIGNATI, W. A. Medicina do Trabalho: subciência ou subserviência? Uma abordagem epistemológica. **Ciência & Saúde Coletiva**, 11(4):1105-1115, 2006.

VASCONCELOS, F. D. Uma visão crítica do uso de padrões de exposição na Vigilância da Saúde no Trabalho. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 11 (4): 588-599, out/dez, 1995.

VILELA, R. A.G.; HURTADO, S. L. B. Uma leitura da crise da atividade de prevenção: paradoxos atuais e desafios futuros. **Cad. Bras. De Ter. Ocup.**, São Carlos, v.25, n.4, p. 917-926, 2017.

VIRKKUNEN, J.; NEWNHAM, D. S. **O Laboratório de Mudança – uma ferramenta de desenvolvimento colaborativo para o trabalho e educação**. Série Trabalho e Sociedade. Organizadores: Francisco de Paula Antunes Lima e Rodrigo Ribeiro. Fabrefactum Editora. Belo Horizonte, 2015.

WATTE, G. et al. Componentes Determinantes na Escolha da Especialização em Novos Profissionais Médicos. **Revista Brasileira de Educação Médica**. 39(2): 193-195, 2015.

ANEXOS

Anexo 1 – Resolução CNRM nº 02/2006 de 17 de maio de 2006 – define conteúdo mínimo para a Residência em Medicina do Trabalho

O Programa de Residência em Medicina do Trabalho visa a preparação de médicos para o exercício da especialidade em suas múltiplas formas de inserção no mercado de trabalho, a saber:

- Em empresas, por delegação dos empregadores, por meio de contratos diretos, como prestador de serviços ou assessoria técnica;
- Na rede pública e privada de serviços de saúde, participando da atenção integral à saúde dos trabalhadores, compreendendo ações de promoção e proteção da saúde, prevenção de doença, diagnóstico, tratamento e reabilitação;
- Em organizações sociais e sindicatos de trabalhadores;
- Em organizações do Estado, particularmente no âmbito do Trabalho, da Saúde e Previdência Social, incluindo a normatização, auditoria, inspeção e vigilância da saúde;
- Em instituições de Seguro, públicas ou privadas, realizando perícias médicas para avaliação de incapacidade para o trabalho e concessão de benefícios;
- Para o Sistema Judiciário, como médico perito técnico;
- Em instituições de formação profissional e produção do conhecimento (universidades e instituições de pesquisa).

Carga horária semanal: máximo de 60 horas.

Carga horária total: R1 – 2880 horas.

R2 – 2840h.

Primeiro Ano – R1

Atividade:

1. Estudo dos Processos de trabalho e avaliação e controle dos fatores de risco à saúde, presentes no trabalho.

Locais de estágio:

- Rede de Serviços de Saúde do trabalhador no SUS (estadual e municipal);
- Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT) de empresas públicas e privadas;
- Prestadores de Serviços Especializados em Saúde e Segurança do trabalho;

- Organizações sindicais de trabalhadores.

Carga horária anual de 20%.

2. Atenção à saúde do trabalho/assistência

2.1 – Promoção e proteção da Saúde;

2.2 – Prevenção;

2.3 – Diagnóstico e tratamento;

2.4 – Reabilitação.

Locais de estágios:

- Unidade de Cuidado básico da rede SUS – 20 % da carga horária anual;
- Unidade de urgência e emergência – 20 % da carga horária anual;
- Unidade de cuidado Secundário e Terciário em Saúde do trabalhador – 5 % da carga horária anual.

3. Atividades educativas, de formação e capacidade em Saúde do trabalhador

Locais de estágios:

- Rede de Serviços de Saúde do trabalhador no SUS, Fundacentro, entidades patronais ou de organizações de trabalhadores.

Carga horária anual de 10 %.

4. Vigilância da Saúde do trabalhador

Locais de estágios:

- Centro de referência em saúde do trabalhador do SUS – 10 % da carga horária anual;
- Inspeção do trabalho – Delegacia Regional do Trabalho – 10% da carga horária anual.

5. Cursos Obrigatórios:

Controle de Infecção hospitalar, Epidemiologia, Bioestatística; Metodologia Científica; Fundamentos de Ergonomia; Ética Médica, Bioética.

Carga horária anual de 20%.

Segundo ano – R2

Atividade:

1. Atenção à saúde do trabalhador/Assistência;

1.1 - Promoção e Proteção da Saúde;

1.2 – Prevenção;

1.3 - Diagnóstico e Tratamento;

1.4 –Reabilitação;

Locais de estágios:

- Unidade de Cuidado Secundário e Terciário em Saúde do trabalhador -

Carga horária anual de 20 %.

2. Avaliação da Incapacidade para o trabalho e Reabilitação

Locais de estágios:

- Serviços de Perícia Médica e Reabilitação profissional do INSS e outros órgãos públicos .

Carga horária anual de 10 %

3. Planejamento e gestão de serviços de saúde do trabalho e elaboração de políticas.

Locais de estágios:

- Coordenação de Saúde do Trabalhador no SUS (estadual e municipal);
- Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT) de Empresas públicas e privadas;
- Prestadores de Serviços Especializados em saúde e Segurança no Trabalho;
- Organizações sindicais de trabalhadores.

Carga horária anual de 20 %.

4. Atividades educativas, de formação e capacitação em Saúde do Trabalhador.

Locais de estágios:

- Coordenação de Saúde do Trabalhador no SUS (estadual e municipal);
- Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT) de Empresas públicas e privadas;

- Prestadores de Serviços Especializados em saúde e Segurança no Trabalho, organizações sindicais de trabalhadores.

Carga horária anual de 20 %.

5. Atividades Educativas, de formação e capacitação em Saúde do trabalhador.

Locais de estágios:

- Rede de Serviços de Saúde do Trabalhador no SUS, Fundacentro, entidades patronais ou de organizações de trabalhadores.

Carga horária anual de 10 %.

Cursos Obrigatórios: Fundamentos de Higiene do Trabalho, Fundamentos de Toxicologia, Fundamentos de Segurança no Trabalho. 10 % da carga horária anual.

Cursos e Estágios Optativos: Psicodinâmica do Trabalho, Poluição Ambiental e Saneamento do Meio, Gestão Integrada de Saúde, Segurança e Meio Ambiente, Processos de Certificação, Promoção da Saúde no Trabalho, Laboratório de Toxicologia Ocupacional, Dermatologia Ocupacional; Pneumopatia Ocupacional; Hematologia; Otorrinolaringologia Ocupacional; Neurologia e Neurotoxicologia Ocupacional 10% da carga horária anual.

Anexo 2 – Roteiro utilizado na Pesquisa

ROTEIRO de Pesquisa – “Residência médica em Medicina do Trabalho: contradições e consensos”

Data: ____/____/____

nº _____

O roteiro está estruturado de modo a explorar aspectos da história do curso, inicialmente com questões abertas, não direcionadas. Num segundo momento, serão apresentadas algumas questões explorando temas específicos. O entrevistado deve ficar à vontade, caso queira retomar suas respostas anteriores e modificá-las. Por favor, sinta-se livre para pedir esclarecimentos que julgar necessários.

I - IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO

Nome: _____ Idade: _____

Sexo: _____

Cargo da instituição: _____ Tempo na instituição: _____ Tempo na função: _____

Instituição de Ensino: _____

Nome do Curso: _____ Tempo de existência do curso: _____

II – ASPECTOS REFERENTES À REGULARIZAÇÃO INSTITUCIONAL DA ESPECIALIZAÇÃO

1 - Este programa está devidamente autorizado pela Comissão Nacional de Residência Médica – CNRM/MEC?

2 - Como se dá a relação do programa com a CNRM/COREME/MEC?

3 - Qual o período do ciclo avaliativo deste programa junto ao CNRM/MEC?

4 - Houve alguma vez exigência ou diligência da CNRM a este programa?

5 - Algum coordenador deste programa já fez parte do Banco Público de Avaliadores de RM? (quadro de especialistas no tema – Art. 37 do Decreto nº 7.562, 2011)
6 - Qual a metodologia de aferição da qualidade do programa usada pela CNRM/MEC?
7 - Qual foi a avaliação do projeto pedagógico do programa feita pela CNRM/MEC? Houve comentário formal por parte da CNRM/MEC?
8 - Quantas vagas/ano são ofertadas no concurso deste programa de residência/curso de especialização?
9 - Quantos residentes/alunos atualmente estão no programa?
10 - Quantos residentes/alunos são bolsistas do MEC/MS? E de outras instituições?
11 - Se houver não bolsistas, estes recebem alguma ajuda desta instituição?
12 - Nos últimos dois anos quantos residentes/alunos do curso de especialização se desligaram
13 - Existe algum estudo sobre o perfil profissional dos alunos egressos da residência/curso de especialização?
14 - Seria possível uma cópia do último relatório de dados do processo de credenciamento na CNRM/MEC?

III - ASPECTOS GERAIS DO CURSO

1 - Por favor, descreva em linhas gerais o programa do curso (Especialização lato sensu, residência médica) em que você participa.

2 - O que você destacaria como as principais características dessa proposta?

3 - Qual o projeto político pedagógico do curso? (Sinta-se à vontade para responder com apoio em documentos existentes). Caso esteja familiarizado, comente aspectos do processo de elaboração desse projeto.

4 - Quais as principais mudanças ocorridas ao longo da história do curso?

5 - Qual o perfil de especialista que se busca formar no “curso” que você participa? (caso esteja escrito, sinta-se à vontade para copiar)

6 - Caso esteja definida e formalizada, favor informar:

6 - a) Qual a missão institucional da escola a que se vincula a proposta de formação em que você participa?

6 - b) Como a proposta de formação dialoga / leva em consideração essa missão?

7 - Em que consiste o processo de avaliação dos participantes? Por favor, descreva as linhas gerais desse processo?

8 - Há utilização de algum instrumento complementar de avaliação dos discentes? (questionários, planilhas)

8 - a) Quais os principais aspectos dessa complementação?

IV - CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS, ESTRATÉGIAS DIDÁTICAS E PEDAGÓGICAS

1 - Quais as principais estratégias didáticas adotadas no projeto de formação em que você participa?

2 - a) Em que consiste o conteúdo do curso, seja em termos curriculares (disciplinas, matérias previstas), seja no plano de ensino de cada uma delas?

-

2 - b) Quais as principais mudanças ocorridas nesse conteúdo ao longo dos últimos anos?

2 - c) O que motivou essas mudanças?

3 - a) Quais os campos de prática e/ou serviços são frequentados pelos alunos? Quando cabível, informe se externos ou internos à instituição.

3 - b) Quais as principais mudanças ocorridas nesses campos ao longo dos anos?

3 - c) Quais as origens dessas mudanças?

4 - a) Quais as principais referências bibliográficas e fontes de consultas adotadas?

4 - b) Quais as principais mudanças ocorridas nessas referências e fontes ao longo dos últimos anos?

4 - c) Quais as origens dessas mudanças?

<hr/> <hr/>
5 - As perguntas a seguir visam aprofundar a exploração das anteriores. Elas dizem respeito ao desenho e oferta da proposta de formação em que você participa. Na sua opinião, é possível afirmar que tinham sido influenciadas:
5 - a) Pela chamada trajetória conceitual referida na evolução histórica da “Medicina do Trabalho à Saúde do Trabalhador”? () Não () Sim Como? _____ _____
5 - b) Por mudanças no perfil epidemiológico de morbimortalidade relacionada ao trabalho? () Não () Sim Como? _____ _____
5 - c) Pela emergência do campo da saúde do Trabalhador no SUS? (inclusive políticas e estratégias de ação) () Não () Sim Como? _____ _____
5 - d) Por mudanças no mercado de trabalho? () Não () Sim Como? _____ _____
5 - e) Por mudanças recentes no mundo do trabalho (globalização, financeirização, precarização, etc), em tecnologias e ou estratégias de organização e gestão do trabalho? () Não () Sim Como? _____ _____
5 - f) Por mudanças em aspectos jurídico-legais ou de instituições afins ao campo? (Legislação trabalhista, previdenciária ou sanitária, arcabouço institucional do setor saúde etc.) () Não () Sim Como? _____ _____

5 - g) Por mudanças em conhecimentos e ou posicionamentos de sociedades científicas nacionais e ou internacionais?

() Não () Sim

Como? _____

5 - h) Por emergências de desastres, novos tipos de acidentes e/ou acontecimentos afins ao campo?

() Não () Sim

Como? _____

5 - i) Por movimentos sociais e políticos ou debates científicos, em particular abrangendo temas relacionados à saúde do Trabalhador e ao meio ambiente em geral?

(sustentabilidade, aquecimento global, uso de transgênicos, banimento de cancerígenos como amianto, benzeno e de outras exposições nocivas).

() Não () Sim

Como? _____

5 - j) Por mudanças originadas em outros fatores e ou condicionantes

() Não () Sim Quais e como impactaram na proposta de formação? _____

V - A FORMAÇÃO E SEUS CONFLITOS

1 - A formação em saúde e trabalho é historicamente discutida como permeada por situações que, do ponto vista bioético são potencialmente conflitantes. Na sua experiência como participante de programa de formação você vivenciou alguma situação que considere ilustrativa desse tipo de evento? Caso sim, pode descrevê-la(s).

2 - A vivência dessas experiências impactou de alguma maneira a proposta de formação em que você participa? Como?

3 - a) Sinta-se à vontade para registrar dificuldades ou problemas associados a projetos de formação em saúde e trabalho?

3 - b) Sinta-se à vontade para registrar aspectos positivos ou facilitadores associados a projetos de formação em saúde e trabalho?

VI - Por favor, sinta-se livre para acrescentar qualquer outra opinião sobre a formação profissional para atuação no campo da saúde e trabalho no Brasil.
