

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

Isis Pereira Coutinho

Qualificação e Saúde dos Trabalhadores Técnicos em Radiologia: a
percepção dos trabalhadores sobre a influência da formação nas
práticas de segurança e saúde no trabalho

Rio de Janeiro

2014

Isis Pereira Coutinho

Qualificação e Saúde dos Trabalhadores Técnicos em Radiologia: a
percepção dos trabalhadores sobre a influência da formação nas
práticas de segurança e saúde no trabalho

Dissertação apresentada à Escola Politécnica de
Saúde Joaquim Venâncio como requisito para a
obtenção do título de mestre em Educação
Profissional em Saúde.

Orientador: Francisco José da Silveira Lobo Neto

Rio de Janeiro

2014

Catálogo na fonte

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Biblioteca Emília Bustamante

C871q Coutinho, Isis Pereira
 Qualificação e saúde dos trabalhadores
 técnicos em radiologia: a percepção dos
 trabalhadores sobre a influência da formação nas
 práticas de segurança e saúde no trabalho / Isis
 Pereira Coutinho. - Rio de Janeiro, 2014.
 120 f.

 Orientador: Francisco José da S. Lobo Neto

 Dissertação (Mestrado Profissional em Educação
 Profissional em Saúde) - Escola Politécnica de
 Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz,
 2014.

1. Saúde do Trabalhador. 2. Qualificação
Profissional. 3. Pessoal da Saúde 4. Radiologia.
I. Lobo Neto, Francisco José da Silveira.
II. Título.

CDD 613.62

Isis Pereira Coutinho

Qualificação e Saúde dos Trabalhadores Técnicos em Radiologia: a percepção dos trabalhadores sobre a influência da formação nas práticas de segurança e saúde no trabalho

Dissertação apresentada à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio como requisito para a obtenção do título de mestre em Educação Profissional em Saúde.

Aprovado em 29 / 04 / 2014

BANCA EXAMINADORA

Dr. Francisco José da Silveira Lobo Neto – EPSJV/FIOCRUZ

Dra. Filippina Chinelli – EPSJV/FIOCRUZ

Dra. Ana Cecília Pedrosa Azevedo – ENSP/FIOCRUZ

Dedico este trabalho aos meus familiares pelo apoio; ao meu companheiro de jornada da Vida por ser meu refrigerio; a Deus por me sustentar no desespero da producao; pelos trabalhadores tecnicos que se dispuseram a compartilhar suas percepcoes.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha família que tem me incentivado a perseguir meus sonhos e avançar de minhas próprias expectativas sobre mim mesma;

Ao meu querido Filipe, que me trazia para a realidade dos problemas, mas quando estava submergindo, me resgatava com seu amor;

Ao Professor e Orientador Lobo, que me permitiu trilhar meu caminho, mesmo que isto o preocupasse pelo meu silêncio;

Aos amigos de Trabalho da EPSJV, Alexandra, Márcio, André, Daiana, Cristina, Creise, Clarissa, Bianca, entre outros, que sempre me incentivaram ao Mestrado. Em especial, quero agradecer ao Sérgio e Alexandre, que me fizeram ter um carinho especial pelos técnicos em radiologia;

À Pós-Graduação da EPSJV, especialmente na figura da Micheli, que foi uma grande amiga para todas as necessidades burocráticas do mestrado;

Aos meus colegas de Mestrado da Turma 2012, que foram companheiros de muitos incentivos e risadas, quando éramos bombardeados pela realidade acadêmica e do capital;

Aos meus amigos Falantes, por todas as ‘fugidas’ do monotemático momento do mestrado;

Por último, mas não menos importante, a Deus que me trouxe a Paz em momentos de tribulação do meu ser.

*Duas palavras
carregadas de sentido.
Duas ideias
com muito a ser refletido.*

*Ciência multiplica saberes,
Tecnologia impõe solução.
Ciência é contemplação,
Tecnologia opinião.*

*Ciência cresce com o tempo,
Tecnologia nasce com prazo de validade.
Ciência fundamenta,
Tecnologia possibilidade.*

*Ciência se faz com homens e livros,
Tecnologia com necessidades.
Ciência é inspiração,
Tecnologia facilidade.*

*Ciência só é possível com saber técnico,
Tecnologia bebe na ciência divulgada.
Ciência é gestada na luta de classes,
Tecnologia adaptada/patenteada.*

*Ciência sem tecnologia é ficção,
Tecnologia sem ciência é contradição.
Por isso, Ciência e Tecnologia são indissociáveis
das práticas sociais em construção.*

(Ciência e Tecnologia por Roberto Eduardo Albino Brandão)

RESUMO

A presente dissertação tem como objetivo identificar, a partir da percepção dos trabalhadores técnicos em radiologia, como a qualificação influencia nas práticas de saúde e segurança no Trabalho. Partindo do pressuposto de análise “Qualificação”, campo que pretende avaliar não apenas a educação escolar, mas também a maneira como a sociedade percebe um determinado trabalho como “qualificado”, procurou-se verificar em que medida tal percepção social reflete nas trajetórias formativas, nas formas de inserção no mercado de trabalho e na remuneração dos trabalhadores. Associado a isso, pretende-se também refletir à luz do Campo da Saúde do Trabalhador, a carga às quais estão submetidos os trabalhadores técnicos em radiologia no interior dos serviços de saúde. Na constituição destas duas temáticas associadas, o trabalhador tem um papel primordial, através do seu conhecimento sobre o cotidiano do serviço, na construção de espaços ocupacionais que considerem as prerrogativas de saúde e segurança no trabalho como prioridade ao exercício profissional. Assim, a partir dos elementos que os trabalhadores técnicos em radiologia trazem para esta pesquisa, poderemos observar indícios de como a formação e o trabalho confluem para a produção de um trabalho qualificado e atento à saúde ocupacional dos trabalhadores.

Palavras Chave: Qualificação, Saúde do Trabalhador, Técnicos em Radiologia.

ABSTRACT

The aim of the thesis is to identify how the idea of qualification influences on Work Health and Safety practices concerning radiology technicians. The analytic starting point is the concept of “Qualification”; field that takes into consideration not only the level of education a work requires but also how a society understands a specific occupation as a “qualified job”. The thesis intended to verify - using as its basis the field of Workers Health - to what extent the social perception reflects on the learning trajectories, the entry into employment, and the salaries earned. Moreover, the thesis ponders on the workload the radiology technicians are submitted to in the context of the Health Services. When these two matters are associated it is possible to understand the relevance of these workers - as subjects who hold the specific knowledge - on the occasion of the construction of work spaces in which the prerogatives of Work Health and Safety are considered priorities. Therefore, it is based on the information given by radiology technicians that it is possible to examine how education and work converge to the production of a true “qualified job”, one which gives importance to the occupational health.

Key Words: Qualification, Work Health and Radiology Technicians

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Gênero dos participantes.....	56
Tabela 2	Idade dos participantes.....	56
Tabela 3	Tempo de atuação na radiologia.....	56
Tabela 4	Origem da formação técnica.....	57
Tabela 5	Duração do curso técnico.....	57
Tabela 6	Duração do tempo de estágio.....	57
Tabela 7	Área de atuação como estagiário.....	58
Tabela 8	Especializações realizadas pós curso técnico.....	58
Tabela 9	Avaliação do tema saúde e segurança no trabalho no curso técnico.....	59
Tabela 10	Instâncias que contribuíram para a formação em saúde e segurança no Trabalho.....	59
Tabela 11	A formação encorajou a participar nas instâncias do CONTER ou do trabalho.....	60
Tabela 12	Cursa ou cursou ensino superior?.....	61
Tabela 13	Tipo de Instituição que atua	62
Tabela 14	Área de atuação.....	62
Tabela 15	Carga horária de trabalho.....	62
Tabela 16	Tipo de risco que está submetido no trabalho.....	63
Tabela 17	Onde há mais falhas no quesito saúde e segurança no trabalho?.....	63
Tabela 18	Os equipamentos que trabalha oferecem risco à saúde?.....	64
Tabela 19	Doença ocasionada ou agravada pelo trabalho em radiologia.....	65
Tabela 20	Receio de Contrair, desenvolver ou agravar alguma doença por conta do trabalho.....	65
Tabela 21	Recebe adicional de Insalubridade.....	66
Tabela 22	A insalubridade recebida, compensa o risco?.....	66
Tabela 23	Conhece algum profissional que desenvolveu ou agravou doenças pelo trabalho em radiologia?.....	66
Tabela 24	Equipamentos antigos e obsoletos.....	67
Tabela 25	Falta de manutenção nos equipamentos.....	67
Tabela 26	Falta de conhecimento da equipe sobre o risco.....	68
Tabela 27	Infra-estrutura do ambiente de trabalho.....	68

Tabela 28 Equipamento de Proteção Individual (EPI) inadequado ou inexistente.....	68
Tabela 29 Férias de 6 em 6 meses, conforme a lei?.....	69
Tabela 30 Se trabalha em mais de um lugar, consegue tirar as férias nas duas instituições ao mesmo tempo?.....	69
Tabela 31 Avaliação dos equipamentos de onde trabalha.....	70
Tabela 32 Avaliação sobre a estrutura do serviço de radiologia.....	70
Tabela 33 Avaliação da monitoração ocupacional (dosimetria) no trabalho.....	70
Tabela 34 Condições dos equipamentos de proteção individual.....	71
Tabela 35 Avaliação do treinamento periódico.....	71
Tabela 36 O treinamento em serviço sob saúde e segurança no trabalho seriam necessários no seu local de trabalho?.....	72
Tabela 37 Filiação no CONTER.....	72
Tabela 38 Avaliação sobre o desempenho do CONTER na fiscalização e na formação dos técnicos em radiologia.....	72

LISTA DE SIGLAS

CETB	Centro de Ensino Técnico Bonsucesso
CNCT	Catálogo Nacional de Cursos Técnicos
CNEN	Comissão Nacional de Energia Nuclear
CONTER	Conselho Nacional de Técnicos em Radiologia
EPI	Equipamentos De Proteção Individual
EPSJV	Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio
FATREB	Federação das Associações de Técnicos em Radiologia dos Estados do Brasil
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FRALC	Federacion de Radioproteccion de América Latina y El Caribe
HUPE	Hospital Universitário Pedro Ernesto
IERMN	Instituto Estadual de Radiologia e Medicina Nuclear Manoel de Abreu
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MOI	Movimento Operário Italiano
MT	Medicina do Trabalho
NR	Norma Regulamentadora do Trabalho
PNH	Política Nacional de Humanização
PNSST	Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador
RENAST	Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
SBPR	Sociedade Brasileira de Proteção Radiológica
SENAC	Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial
SENAI	Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial
SO	Saúde Ocupacional
ST	Saúde do Trabalhador
SUS	Sistema Único de Saúde
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
2.QUALIFICAÇÃO E EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE: OLHANDO PARA O TÉCNICO EM RADIOLOGIA	18
2.1 Qualificação e Competências: projetos em disputa	19
2.1.1 Conceito de Qualificação.....	20
2.1.2 Pedagogia das Competências	24
2.1.3 Qualificação x Competências	26
2.2 Educação Profissional em Saúde: pensando a formação do técnico em radiologia	28
2.3 O trabalho em Saúde em contexto neoliberais: uma competência articulada	33
2.3.1 O conceito de trabalho em saúde	33
2.3.2 As mudanças no mundo do trabalho	35
3. O CAMPO DA SAÚDE DO TRABALHADOR E SEUS CAMINHOS ATÉ O TRABALHADOR DA SAÚDE.....	39
3.1 Saúde e Trabalho: percursos necessários.....	39
3.2 Saúde do Trabalhador na experiência brasileira.....	42
3.2.1 Apontamentos sobre as ações recentes no campo da Saúde do Trabalhador	46
3.3 Porque a análise em Saúde do Trabalhador é importante?.....	50
3.4 Analisando o trabalho em Radiologia sobre o prisma do campo da Saúde do Trabalhador	51
3.4.1 Porque usar Qualificação e Saúde do Trabalhador?	53
4. AS PERCEPÇÕES DOS TRABALHADORES SOBRE OS ASPECTOS DA SAÚDE E SEGURANÇA NO TRABALHO	54
4.1 O caminho percorrido	54
4.2 Resultados obtidos	55
4.2.1 Descrição da Amostra.....	55
4.2.2 Sobre a Formação	57
4.2.3 Atuação Profissional	61
4.2.4 Doenças Profissionais.....	62
4.2.5 Avaliação dos riscos no local de trabalho	67
4.2.6 Avaliação sobre o Conselho	71
4.3 Outros dados da entrevista.....	73

5. ANÁLISE CONCEITUAL	78
6. CONCLUSÃO	83
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	85
APÊNDICE A	90
APÊNDICE B.....	91
ANEXO A	93

1 - INTRODUÇÃO

A escolha do tema “*Qualificação e Saúde dos Trabalhadores Técnicos em Radiologia: a percepção dos trabalhadores sobre a influência da formação nas práticas de segurança e saúde no trabalho*” é fruto de reflexões propiciadas pela minha trajetória de trabalho.

Nos anos de 2009 e 2010, minha inserção no núcleo de Serviço Social do Departamento de Saúde e Segurança dos Trabalhadores da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (DESSAUDE/ UERJ) instigou-me a refletir sobre o campo de relações entre saúde-trabalho, que integra a proposta de Saúde do Trabalhador, fosse pensada à luz do processo de readaptação funcional¹, a maior demanda do departamento nestes anos.

A maioria dos solicitantes de readaptação provinha do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE), a principal unidade de saúde da instituição, sendo que os técnicos em enfermagem representavam mais de 50% de toda a demanda de readaptação funcional. Além deste fato, observou-se que estes técnicos apresentavam, em sua quase totalidade, o quadro clínico de Lesões por Esforços Repetitivos / Doenças Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (LER/DORT) que os encaminhavam para a Readaptação Funcional.

O que inicialmente se apresentava como um processo de adoecimento físico, deflagrado agora pela formalização da Readaptação Funcional, passa a ser enfrentado, para além das limitações físicas, como uma questão de fórum emocional. Os trabalhadores apresentavam, em alguns casos, um adoecimento mental por perceberem que suas limitações afetavam suas relações no trabalho e suas atividades cotidianas. Os acometimentos de saúde que eram mascarados por remédios e por licenças médicas para suportar a intensificação do trabalho, agora é evidenciado pelo papel da Readaptação. Ao receberem um papel que documenta uma limitação, estas pessoas independentes e ativas, passaram a lidar com o impacto deste “papel”, não apenas na sua psique, mas também em suas relações dentro e fora do trabalho.

Segundo Dejours (2007), os trabalhadores criam “estratégias coletivas” de sobrevivência a processos de trabalho que são adoecedores e a forma de organização do mesmo. Alguém que adoce de forma a denunciar o componente problemático do trabalho, como é o caso da readaptação funcional, rompe com esta ‘cortina de fumaça’ que mascara os problemas do trabalho. Não por acaso, os relatos sobre perseguição ou rejeição dos colegas de trabalho pelos trabalhadores em readaptação eram frequentes nos atendimentos, pois a sua

¹ A Readaptação Funcional é direito de servidores públicos civis, através do decreto nº 2.479 de 08/03/1979 que, em seu capítulo 3º, seção IV, preconiza o seguinte: “O funcionário estável poderá ser readaptado ex-officio ou a pedido em função mais compatível, por motivo de saúde ou incapacidade física.”(GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 1979, P.20-21)

presença no serviço imputava uma sobrecarga de trabalho ao colega de profissão. Se o trabalho, que por si mesmo era pesado pelo contingente deficitário de trabalhadores no setor, se intensifica ainda mais com a presença de um trabalhador com muitas restrições laborais.

Os trabalhadores não conseguiam perceber que o problema não estava no colega que adocece, pois de alguma forma todos já estavam adoecidos, mas que era a organização do trabalho que deveria mudar para garantir condições de trabalho dignas. Neste sentido, meu trabalho de conclusão do curso de graduação em Serviço Social (UERJ) versou sobre o tema “*Readaptados no Trabalho e na vida: um estudo sobre a percepção de trabalhadores de uma universidade pública*” (COUTINHO, 2010), com o objetivo de identificar as percepções destes trabalhadores, pós- readaptação funcional e como isso afetou as suas relações pessoais e de trabalho.

Após o término da graduação, inseri-me na Escola Politécnica em Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/FIOCRUZ), no projeto “*Qualificação dos Trabalhadores Técnicos da Saúde: a conformação de grupos profissionais*”. Dentre os nove grupos profissionais da área de saúde investigados, dediquei-me especificamente ao técnico em radiologia.

O conceito de qualificação empregado na pesquisa remete às formulações da tradição francesa da Sociologia do Trabalho, tendo como teóricos precursores Pierre Naville e Georges Friedmann. Estes autores consideram que a qualificação não pode ser compreendida apenas do ponto de vista da formação, mas também deve considerar o mercado de trabalho, o reconhecimento profissional desta profissão por parte da sociedade, as regulações técnicas e sociais deste trabalho, a gestão do trabalho nas diferentes esferas institucionais e o reconhecimento, em termos de remuneração, das trajetórias e estratégias que os trabalhadores desenvolvem até serem absorvidos pelo trabalho.

Além destas demandas de análise, também se deve considerar os aspectos subjetivos que envolvem as relações pessoais de trabalho, o saber desenvolvido pelos trabalhadores no processo de produção e a percepção dos trabalhadores sobre o mesmo. Naville não concebe:

(...) a qualificação apenas do prisma da técnica e do conteúdo do trabalho (ainda que os considere), mas antes como sendo um processo e um produto social, que decorre, por um lado, da relação e das negociações tensas entre capital e trabalho e, por outro, de fatores socioculturais que influenciam o julgamento e a classificação que a sociedade faz sobre os indivíduos (Tartuce, 2004, p.10).

O conceito de qualificação relaciona diversos segmentos de análise, impondo desafios ao mesmo tempo em que oferece a possibilidade de abordagens teórico-metodológicas

distintas e de articulações com outros campos de conhecimento. Neste caso, seguindo o acúmulo acadêmico de um trabalho anterior, produzido na graduação (Coutinho, 2010), foi possível pensar na relação do conceito de qualificação com o campo da saúde do trabalhador. Esta dissertação terá como desafio articular estas duas vertentes de análise abrangentes e com disputas teóricas em torno de sua apropriação conceitual e análise dos fenômenos sociais no mundo do trabalho.

Evidentemente, qualquer tentativa de abordar todos os aspectos das múltiplas determinações da questão social que incidem sobre os trabalhadores na sociedade do capital constituiria uma utopia acadêmica e uma grande pretensão intelectual.

Desta forma, o objeto de estudo será Identificar, a partir da percepção dos trabalhadores técnicos em radiologia, a influência dos processos de qualificação nas suas práticas de segurança e saúde no trabalho. Tendo como objetivos específicos perceber como os técnicos em radiologia avaliam a sua formação dentro do tema de saúde e segurança no trabalho, identificar os processos formativos que traçaram até a inserção no trabalho, como percebem os riscos a que estão submetidos no trabalho e se os serviços estão aptos a propiciar as condições necessárias de trabalho.

Os procedimentos metodológicos alteraram-se em função de prazos e na viabilidade de conclusão da dissertação no tempo necessário. Ao final, optou-se por realizar um questionário online, utilizando a ferramenta do “*Google Docs*” para criar o formulário de perguntas (abertas e fechadas). Para divulgação da pesquisa, solicitei ao Conselho Nacional de Técnicos em Radiologia-CONTER e ao Centro de Ensino Técnico Bonsucesso-CETB que divulgassem em suas “Fanpages” do “*Facebook*”. O CONTER compreendendo a relevância sobre o tema, convocou os técnicos em radiologia que respondessem ao questionário através de um link no site da instituição².

Faz-se necessário expor o que se tem observado sobre estes profissionais, que em sua grande maioria, se formaram em instituições privadas, marcadas por uma lógica produtivista de mão de obra, voltada a atender às demandas e requisições do mundo do trabalho, adequando-se às suas transformações e avanços tecnológicos no fazer profissional. Nisto implica dizer que a responsabilidade pela formação e os custos sobre a mesma, são de responsabilidade exclusiva dos trabalhadores, que após a formação no curso técnico, inserem-se em cursos de especialização/aperfeiçoamento em técnicas de trabalho distintas, a fim de obter maior êxito na disputa por uma colocação no mercado de trabalho.

² Link do Site : <http://www.conter.gov.br/?pagina=noticiaseid=518>

Desta forma, surge o questionamento de como será possível, com essa visão, formar um profissional capaz de reconhecer os riscos biológicos, físicos, químicos e radiológicos a que está submetido em sua profissão, bem como de apropriar-se das medidas de segurança prescritas para cada setor de atuação? Entendendo que esta formação deveria ter enfoque especial nos cursos técnicos, mas os trabalhadores se resentem de grande déficit desta disciplina tanto nos cursos, como na educação continuada nos serviços. Além de não estar instruído ou atualizado sobre as questões relativas à Proteção Radiológica, estes trabalhadores se inserem com frequência em jornadas de trabalho duplas ou triplas, para compor sua renda e assim, seu sustento (Oliveira et al., 2013). Sendo assim, como os trabalhadores lidam com as prescrições de segurança em diferentes processos e condições de trabalho a que se submetem nos serviços em que atuam?

Outro fator importante que esta dissertação tentará inter cruzar nesta análise, se refere à constituição conceitual sobre a proposta da Saúde do Trabalhador. Se este é um campo ou não, está contemplado entre as formas de pensar o trabalho e a saúde. No Brasil, este se constitui com influências da medicina social latino-americana, pela experiência do Movimento Operário Italiano (MOI), tendo o terreno fértil do Movimento pela Reforma Sanitária entre as décadas de 1970 e 1980. A Saúde do Trabalhador traz a discussão sobre a categoria de classe social, cargas de trabalho, desgaste e processo de trabalho. Para as transformações que se pretende incorporar nas formas de produzir, está a forma de assumir o trabalhador como um sujeito político da transformação, pois este conhece os desafios do cotidiano de trabalho nos estabelecimentos onde está inserido. Para a reflexão desta dissertação que se propõe a pensar a saúde e segurança do trabalhador, a partir de suas percepções, isto se torna indispensável para a construção da mesma.

Vale apontar ainda, que a radiologia é alvo de sucessivos avanços tecnológicos e assim, por novas técnicas de tratamento do seu objeto de trabalho, demandando uma constante requalificação do profissional técnico desta área. Há uma chegada frequente de novos equipamentos ao ambiente de trabalho e, de forma acelerada, os trabalhadores são instruídos apenas sobre sua operacionalização. Estes cursos de atualização podem ser feitos em sua unidade de origem, com o auxílio de representantes das empresas que venderam os equipamentos ou em cursos ofertados pela rede privada. Com o avanço destas novas tecnologias e com as novas práticas de organização do trabalho para atender às demandas legais, as práticas de segurança e saúde para os trabalhadores também recebem o mesmo enfoque nos locais de trabalho? Como estão sendo tratadas as questões de Proteção Radiológica nos serviços? Qual é o conhecimento que os trabalhadores possuem sobre os

riscos que, de fato, estão envolvidos no seu processo de trabalho? Estas e outras questões serão abordadas ao longo dos capítulos desta dissertação.

Esta dissertação está organizada em três grandes itens. No primeiro, sob o título "Qualificação e educação profissional em saúde: olhando para o técnico em radiologia" trata dos principais conceitos - qualificação e competência - nos quais se baseia a análise empreendida. Além disto, procuro relacionar estes conceitos ao campo da educação profissional em saúde.

No segundo, "O campo da saúde do trabalhador e seus caminhos até o trabalhador da saúde" procurei abordar a constituição do campo da saúde do trabalhador na perspectiva do materialismo histórico dialético, refletindo mais especificamente sobre o campo da radiologia no Brasil.

Por último, em "As percepções dos Trabalhadores sobre os aspectos da saúde e segurança no trabalho" apresento os resultados obtidos através da aplicação de questionários a 67 trabalhadores da radiologia (maioria técnicos em radiologia, sendo alguns tecnólogos em radiologia).

2 - QUALIFICAÇÃO E EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE: OLHANDO PARA O TÉCNICO EM RADIOLOGIA.

Neste capítulo reflito sobre o conceito de qualificação tal como abordado por autores da sociologia do trabalho francesa, de orientação marxista como Pierre Naville e George Friedman, seus teóricos precursores. Este conceito foi apropriado nos últimos anos pelo campo educacional, como uma forma de compreender os impactos da nova organização do trabalho, consequente à reestruturação produtiva, na formação dos trabalhadores. Reconheço que hoje a qualificação dos trabalhadores constitui um projeto em disputa com a pedagogia das competências que, em uma perspectiva crítica concorre para a conformação de uma educação que produza indivíduos adaptáveis às novas demandas do modelo produtivo do capital.

Desta forma, observar-se á como estes conceitos são tomados no campo da educação profissional em saúde. Para esta aproximação faz-se necessário tratar a conjuntura política nacional que informa não só as políticas públicas de formação dos trabalhadores, como também a construção de seus trajetórias educacionais e ocupacionais.

Pensando nas estratégias utilizadas pelos trabalhadores no processo de qualificação, é refletir sobre as tensões entre o capital e trabalho, que impõe a classe trabalhadora formas de adequação ao mercado de trabalho até serem incorporados no processo produtivo. Considerando esta análise para o técnico em radiologia, como a inserção das novas tecnologias na área de radiologia, incidem sobre o movimento do trabalhador entre escola-trabalho-escola, onde mesmo estando incorporados ao mercado de trabalho necessitam “requalificar-se” para estarem habilitados às novas técnicas e demandas do fazer profissional.

Todos estes caminhos deverão contribuir para saber como estes processos de qualificação, dentro da escola ou fora dela, podem contribuir para as práticas de segurança e saúde deste trabalhador, admitindo os riscos inerentes ao trabalho em saúde que se estabelecem no serviço. Em resumo, neste capítulo, tentaremos verificar como a formação do trabalhador técnico em radiologia se realiza, partindo da compreensão da qualificação como uma relação social que se remete a um tempo histórico e um lugar social.

2.1 Qualificação e Competências: projetos em disputa

Qualificação consiste num conjunto de atributos e de habilidades individuais, formal ou informalmente adquiridos por meio de instrução, prática ou experiência e que são distintamente valorizados no meio social, onde o diferenciado reconhecimento por tais atributos proporciona a seus detentores posições sociais, políticas econômicas mais ou menos privilegiadas a discussão. (GUIMARÃES e MOCELIN, 2011)

Iniciando este tópico, faz-se necessário situar a discussão da qualificação no segundo pós-guerra na França, em um mundo do trabalho bastante rígido que se apresentava com uma organização fordista/taylorista. Neste contexto, o capitalismo se mostra com uma acentuada divisão do trabalho, fragmentando as tarefas, trazendo para a ‘administração científica do trabalho’ a demanda de se discutir a questão da qualificação (Tartuce, 2004). Como diz Tartuce (2004, p.356) “havia uma grande reivindicação para limitar as grandes disparidades de salários, provenientes do modo incerto de fixação da remuneração para capacidades de trabalho de natureza diferente ou idêntica”. Houve assim uma movimentação dos trabalhadores para definir os critérios de julgamento para as classificações profissionais que estabelecem uma hierarquia para as qualificações dos indivíduos pelos postos de trabalho e o tempo de formação necessário para assumi-los.

Esta organização seria uma forma de padronizar e objetivar os critérios de classificação com a participação dos próprios trabalhadores, não delegando assim, apenas ao capital esta tarefa. Do mesmo modo, permitindo que tais critérios não fossem baseados somente nos atributos individuais dos trabalhadores. Isto contribui para a padronização dos conteúdos da qualificação, ou seja, o que cada posto de trabalho requisita como conhecimento, tempo de formação e diplomação para assumir o aquela função. Isto implica dizer que “*somente os conhecimentos formais e explícitos eram valorizados, validados e codificados*” (Tartuce, 2004, p.358).

No Brasil dos anos de 1970, a sociologia do trabalho se debruça sobre a discussão da qualificação sob a forte influência das teorias de Braverman que responsabilizava o desenvolvimento tecnológico pelas mudanças na divisão técnica do trabalho, o que provocaria a progressiva desqualificação da força de trabalho (Chinelli, Vieira e Deluiz, 2013).

Esta discussão para o campo da educação acontece entre os anos de 70 e 80, porém seu maior impacto se deu nos anos 90, quando se experimenta a reestruturação produtiva. Ferretti (2004) aponta que os setores educacionais possivelmente por estarem ligados ao modelo

produtivo, como o Sistema “S”, aperceberam-se desta mudança do processo de trabalho com certa antecipação desde os anos 80, procurando dar uma resposta aos modelos produtivos que estavam em voga no mercado de trabalho. Isso impactou na estrutura curricular, primeiramente no nível superior, depois nos sistemas públicos e privados de ensino básico e fundamental. No final dos anos 90, com a intensa flexibilização das relações de trabalho e o desemprego, aparece à centralidade da qualificação nos discursos políticos, do empresariado, dos sindicatos e da própria mídia, como uma forma de lidar com os problemas sociais de forma individualizada (Tartuce, 2004).

2.1.1-Conceito de Qualificação

Tal como desenvolvido por George Friedmann e Pierre Naville, a qualificação possui duas formas de análise denominada substancialista ou essencialista e relativista, respectivamente associada aos teóricos que a difundiram.

Friedmann constrói sua argumentação nos anos de 1940, trazendo a qualificação do trabalhador (posse de saberes e tempo de formação) e a qualificação do posto de trabalho (conteúdo do trabalho e a complexidade da tarefa) como uma centralidade de análise. Desta forma, a construção argumentativa tenta concluir se nos processos de trabalho ocorreu uma desqualificação ou uma requalificação em decorrência das transformações técnicas e organizacionais. Este caráter substancialista ou essencialista parte da qualidade e complexidade de tarefas para chegar aos atributos que os trabalhadores terão para desenvolvê-las – qualificação do trabalho e do trabalhador. Sendo assim,

Friedman concebe a qualificação como própria do trabalhador, que se constrói como base no posto de trabalho; porém, a automação contínua provocada por novas técnicas acaba fragmentando cada vez mais o processo de trabalho, multiplicando os postos de trabalho em tarefa simples (GUIMARÃES e MOCELIN, 2011, p. 303).

Em contrapartida, Naville, que inicia seus estudos nos anos de 1950, renova o pensamento sobre a qualificação considerando a técnica e o conteúdo do trabalho, mas estes oriundos de um processo e um produto social, que advém da relação entre capital e trabalho e, por outro, de fatores socioculturais que influenciam no julgamento e classificação que a sociedade faz (TARTUCE, 2004). Castro (1998, p.17) assinala que “economia, política e cultura tornam-se, assim, matizes de produção de significados e ações, não apenas historicamente interdependentes, mas analiticamente equivalentes por seu valor heurístico”. O debate sobre qualificação em Naville vai além da análise do posto de trabalho: “(...) o avanço tecnológico não modifica os saberes específicos, mas afeta a estrutura das qualificações, ou

seja, as mudanças tecnológicas ocorrem em diversos ramos produtivos e os resultados dependem de cada caso (GUIMARÃES e MOCELIN, p.303)”.

Assim, a noção de qualificação não pode estar dissociada do seu componente histórico- social, pois ela possui sentido se analisada considerando o tempo e o lugar de onde se pretende observar e as relações sociais que se estabelecem em torno dos fenômenos sociais produzidos no mundo do trabalho.

(...) não pode ser compreendida como uma construção teórica acabada, mas, sobretudo, como um conceito explicativo da articulação de diferentes elementos no contexto de relações de trabalho, capaz de dar conta das regulações técnicas que ocorrem na relação dos trabalhadores com a tecnologia e das regulações sociais que produzem os diferentes atores da produção, que resultam nas formas coletivas de produzir (VILLAVICENCIO apud FERRETTI, 2004, p.414).

Como citado anteriormente, este debate em torno da apropriação do conceito de qualificação chega à academia dentro da sociologia do trabalho nos anos 70. Na educação, sua apropriação foi de forma tímida nos anos 70, quanto ao debate sobre os rumos a educação teria em função das mudanças cruciais no mundo do trabalho. Porém, é apenas na década de 1990 que, com estas mudanças estabelecidas no mundo do trabalho, este tema ganha força. (FERRETTI, 2004).

As teses de Braverman sobre a desqualificação progressiva da força de trabalho em decorrência de uma sucessiva modernização no processo e na organização do trabalho são o grande mote de debate neste período. FERRETTI (2004, p. 406) aponta que “o processo de parcelarização, rotinização e degradação do trabalho que já se fizera presente desde o desenvolvimento da maquinaria, ofereciam os argumentos empíricos para evidenciar o processo de alienação” e também a transferência de conhecimento do trabalhador para a máquina.

Guimarães e Mocelin (2011) resgatam o pensamento de Valla para explicitar que este autor não conseguia validar uma única forma de se pensar a qualificação, considerando os contextos e as fases do desenvolvimento industrial. Sendo assim, o grau de qualificação poderia ser avaliado de forma objetiva – grau de instrução e escolaridade – ou de forma menos direta – o tempo necessário para se aprender, a autonomia do trabalhador.

(...) a qualificação seria histórica e não tecnicamente construída, ou seja, ela seria parte de um processo pelo qual relações sociais são produzidas e reproduzidas. Tais relações refletiriam estruturas de desigualdade não só em termos de classes, mas também em termos de posição social, prestígio, renda, raça, etnicidade, linguagem, religião, sexo (GUIMARAES e MOCELIN, 2011).

Assim, na educação, as disputas no campo da formação geral e profissional, promoveu-se um debate em torno de uma educação plena, que não alija-se o trabalhador do conteúdo global do trabalho e do mundo, de forma a não promover sua alienação. Esta preocupação, especialmente com a escola pública pelo sua função social, de proporcionar o conhecimento não apenas sobre a técnica, mas trazer a visão crítica sobre o trabalho e as condições em que ele se realiza no capitalismo (FERRETTI, 2004). Para Chinelli, Vieira e Deluiz (2013), a discussão que se coloca para educadores e sociólogos é que tipo de educação se quer produzir: polivalente ou politécnica.

Por este motivo, vale refletir de forma breve sobre a perspectiva marxista que influencia a concepção de educação que se deseja atender. Ferretti (2004) aponta que há duas matrizes na educação que pensam as relações entre trabalho e educação: uma com abordagem que atenda as demandas da produção capitalista- sendo esta a que acaba por fomentar a formação profissional pela exigência que o progresso tecnológico impunha ao mundo do trabalho; e a outra, que parte de reflexões filosóficas e da economia política pautada em Marx – pensando não apenas a formação estrito senso, mas a formação do homem no mundo.

Segundo Ferretti (2004), ambas as matrizes, em tempos do fordismo/taylorismo, se fixaram na questão da técnica do trabalho, marcando uma visão “essencialista” em suas discussões. Contudo, a matriz marxista destacou nos estudos sobre o sistema educacional brasileiro “o caráter dual e discriminatório deste, assim como seu atrelamento aos interesses econômicos (FERRETTI, 2004, p. 404)”. Também influenciou representações de educação que pautassem o pleno desenvolvimento dos sujeitos sociais.

Temos no Brasil um estudioso expoente sobre educação, Demerval Saviani, que na década de 1980 (re)introduz no debate a educação politécnica, tendo sua influência nos escritos de Marx e Gramsci (RODRIGUES, 2009). Em seu texto “*Trabalho e Educação: fundamentos ontológicos e históricos*”, Saviani (2003) descreve a concepção de trabalho em Marx, em que momento esta relação entre trabalho e educação se organiza de forma a dividir aqueles que terão uma educação para o trabalho manual, e aqueles que serão preparados para pensar o trabalho, aptos a dialogar com as ideias, o que chamaríamos de trabalho intelectual. De certo, essa forma de conceber a educação, está pautada em uma estrutura de classes, onde os mais pobres precisam aprender os códigos para reproduzir uma “tal forma de trabalhar” ou de “fazer o trabalho”, enquanto a classe dominante concebe as técnicas e as tecnologias a serem usadas para a produção, mas também os saberes de interpretações do mundo no que tange as ciências sociais, a política e a filosofia.

O que Saviani (2003) buscou refletir, ao se voltar para os originais produzidos por Marx e aprofundados por Gramsci, seria como unir trabalho e educação sem esta separação classista que se constituiu historicamente. O autor observa que na abordagem realizada por Marx “o conceito de politecnicia implica a união entre escola e trabalho ou, mais especificamente, entre instrução intelectual e trabalho produtivo (Saviani, 2003, p.144)”. Para Marx, a educação tem que estar pautada em três pilares: educação intelectual, educação corporal e educação tecnológica. Neste sentido, Rodrigues (2009) destaca que em Marx se compreende a educação tendo que ser gratuita, pública e obrigatória; uma educação que se proponha a fornecer a compreensão global do processo de trabalho, acabando com a dicotomia entre trabalho manual e intelectual; a formação omnilateral³; e a integração da escola com a sociedade, minimizando o estranhamento entre as práticas educativas e as práticas sociais.

A esta educação tal qual Saviani (2003) resgata na tradição socialista, denominou-se por “educação politécnica”, pois o termo fora conservado uma forma mais “pura”, enquanto o termo “educação tecnológica”, que é citado em Marx, sofrera uma cooptação de seu significado para designar uma educação que envolva tecnologia. Rodrigues (2009) contribui com a seguinte reflexão sobre aspectos da educação politécnica:

Dimensão infraestrutural: Se remete a estrutura de produção do próprio capitalismo, ao mundo do trabalho, seus processos e forma de organizar-se.

Dimensão Socialista: Relaciona-se com a construção de uma sociedade sem classes a uma concepção de formação humana.

Dimensão Pedagógica: Se remete a pensar uma educação que não pensa somente o conteúdo das técnicas a serem apreendidas para o trabalho, tampouco seria uma educação conteudista que não dialoga com o mundo do trabalho.

³ Marx não cita este termo, mas faz menções a apropriação que se faz sobre ela. A formação omnilateral pressupõe a formação de um indivíduo que não seja tecnicista, mas que se remeta a formação como ser social. Isso se remeteria a reflexões sobre o campo da moral, da ética, da produção intelectual, da emoção, da sensibilidade etc. O homem omnilateral está aberto a conhecer o novo, o diverso. “O homem omnilateral é aquele que se define não propriamente pela riqueza do que preenche, mas pela riqueza do que lhe falta e se torna absolutamente indispensável e imprescindível para o seu ser: a realidade exterior, natural e social criada pelo trabalho humano como manifestação (SOUSA JR., 2009, p.286)”.

2.1.2 - Pedagogia das Competências

A discussão sobre as competências no mundo do trabalho se intensifica nos anos 1980, por expressar uma mudança na organização e relações sociais no trabalho, ou seja, mudança nos conteúdos profissionais que a qualificação prescrevia, fruto de uma crise estrutural do capitalismo dada pelo esgotamento do padrão de acumulação taylorista/fordista da década de 70 (DELUIZ, 2001).

O modelo de competência vem coroar uma perspectiva de trabalhador funcional ao modelo produtivo que se consolida na reestruturação produtiva. Pensar na competência neste contexto é desfocar a qualificação dos postos de trabalho, mas focar na qualificação do trabalhador, ou seja, naquilo que ele traz de contribuição para a organização do trabalho que não necessariamente se comprova através de um diploma. No mundo do trabalho, Ramos (2009, p. 229) vai identificar que a competência busca “designar os conteúdos particulares de cada função em uma organização de trabalho”. Assim,

A discussão das competências surge como forma de otimização dos recursos humanos em dois níveis, quais sejam: na adaptabilidade às diferentes circunstâncias para gerenciar os ritmos de produção e na redução dos custos salariais, extinguindo os postos antes hierarquizados e diferenciados. O trabalhador deve produzir de maneira autônoma e mobilizar suas competências de maneira a reagir com o máximo de eficácia tanto às circunstâncias previstas como às aleatórias (ROSENFELD e NARDI, 2011, p.78).

Percebe-se que as competências pretendem ser uma forma de gestão de pessoas nos locais de trabalho, que requisitam o saber tácito dos trabalhadores, bem como a sua subjetividade na resolução do trabalho não prescrito. Exige-se um profissional que se mostre cada vez mais comprometido com as necessidades da empresa, com capacidade de lidar com o não prescrito de suas atividades e apto a desempenhar diversos papéis - a polivalência⁴ - que é uma marca central deste trabalhador.

Deluiz (2001) aponta que, na gestão do trabalho baseado em competências, uma estratégia de cooptação da subjetividade dos trabalhadores para este novo modelo de gestão, está em colocá-los como colaboradores da empresa e, não mais como empregados. Sendo cada trabalhador responsável pelos ganhos que a empresa adquire e, em sendo parte deste sucesso, ele também estaria tendo algum tipo de retorno (o que não se expressa em termos de ganhos no salário, mas talvez, como a manutenção do emprego, uma forma de ‘lealdade’ à

⁴ Capacidade de realizar diversas atividade e tarefas, para além da exigência do posto de trabalho.

empresa). Ao aderirem a esta sociabilidade corporativa, os próprios trabalhadores acabam por exercer o controle sobre o trabalho do outro colega, promovendo a competição que é premiada por ganhos diferenciados, como através de bonificações. Deste modo, individualizam-se as questões e fragmenta-se as ações políticas em conjunto dos trabalhadores contra os mandos do capital no interior da empresa.

Embora supostamente a nova organização do trabalho promova a valorização dos trabalhadores, evidências empíricas mostram que eles cada vez apresentam altos níveis de stress e ansiedade pela incerteza derivadas de relações de trabalho instáveis, cada vez mais desprotegidas juridicamente e associadas à intensificação do trabalho (Deluiz, 2011). Desta forma,

“a pressão sobre o trabalho em função da interiorização dos modos de controle em razão do compromisso com os resultados. A cultura organizacional, ao buscar tornar-se central e estratégica, força o indivíduo e o grupo a se tornarem autorreguláveis (Rosenfield e Nardi, 2011, p.79)”.

Na escola, as competências trazem uma forma de pensar o currículo, a fim de que se produza o capital humano⁵ adequado a esta nova sociabilidade do mundo do trabalho. Ramos (2009) aponta que este conteúdo voltado para a formação, dá origem ao que se convencionou chamar de “Pedagogia das Competências”. Conforme Deluiz (2012),

(...) Trata-se de uma pedagogia voltada para objetivos de referências (no ensino geral), referenciais (para o ensino profissional) e referenciais de atividades (nas empresas). O ensino técnico-profissional é, assim, voltado para objetivos definidos em termos de competências terminais a serem adquiridas ao final do curso, do ano, ou da formação, que são explicitamente detalhados e descritos em termos de saberes e ações. Essas competências devem ser avaliadas através de critérios de desempenho altamente especificados (DELUIZ, 2012, p 19-20).

Haveria então, que ajustar os sistemas educacionais capazes de produzir trabalhadores a esta nova sociabilidade do mundo do trabalho. De fato, na América Latina, as reformas educacionais se articularam com a reconfiguração do aparato estatal por que passaram os países ao longo dos anos 1990. Isso implicava em tornar o mercado mais dinâmico para ser competitivo, o que requeria diminuição dos encargos sociais, retração salarial e flexibilização das relações de trabalho.

Seguindo as indicações dos organismos internacionais de subordinação da educação às demandas do mercado de trabalho, a reforma educacional promovido na década de 1990 no

⁵ Segundo Frigotto (2001), “a teoria do capital humano vincula educação ao desenvolvimento econômico, à distribuição de renda, configurando-se como uma ‘teoria do desenvolvimento’”.

Brasil, assume o modelo de competências como orientação pedagógica. A autora aponta que mesmo neste modelo, pode-se perceber uma disputa de enfoques conceituais que perpassam o condutivismo, o funcionalismo, o construtivismo ou um enfoque crítico.

Em geral, buscou-se investir em formar trabalhadores que atendessem às demandas originárias do processo produtivo, sem incluir a formação sociopolítica destes trabalhadores. Pode-se concluir que não há um interesse de propiciar uma formação crítica das relações sociais que circundam a classe trabalhadora, mas criar consenso sobre elas.

A autora observa que o ensino técnico fora utilizado neste momento, como uma forma de retardar o ingresso da população no ensino superior e, também, acarretou em uma elitização do ensino técnico-profissional, pois a maior parte dos alunos não teriam condições de realizar os dois cursos em conjunto. A política de educação profissional pretende incitar a trajetória dos indivíduos entre escola e trabalho de forma imediata, capacitando-os nos conhecimentos e habilidades a serem imprimidas no processo produtivo.

As implicações destes processos para o currículo consistiria em formalizar uma grade que contemplasse as necessidades oriundas do processo de trabalho e perfis profissionais exigidos; definir um mínimo de competências básicas que correspondam às necessidades identificadas; uma estrutura de currículo flexível e modular, levando os trabalhadores a construir suas trajetórias educacionais para o emprego (DELUIZ, 2001).

Desta forma, buscou-se investir na formação de trabalhadores que atendam as demandas originárias do processo produtivo, em detrimento à formação sociopolítica. Desta forma nota-se que a falta de interesse pela formação crítica dos indivíduos é funcional a lógica do capital, produzindo trabalhadores domesticados às relações produzidas nesta nova sociabilidade do trabalho.

2.1.3 - Qualificação x Competências

Diante da crise dos postos de trabalho, qual seria a possibilidade real dos trabalhadores mais pobres de se engajarem no mundo do trabalho, tendo em vista os avanços tecnológicos que marcam este momento da produção capitalista e a disponibilidade e qualidade dos postos de trabalho?

Uma noção “essencialista” sobre qualificação poderia ser superada em uma conjuntura onde o processo produtivo é marcado pela flexibilidade na produção, com a pulverização da característica dos postos de trabalho e na fluidez nos vínculos de trabalho. Pretende-se pensar a qualificação dentro da perspectiva adotada por Naville, por seu caráter “relativista” e

assumida pelos autores mencionados ao longo deste capítulo, que é pensar na qualificação como uma relação social que considera, também os aspectos econômicos, políticos, sociais e culturais que incidem sobre as formas de cada sociedade classificar e hierarquizar as profissões, bem como a qualidade de quem os realiza.

Alguns autores, como Zarifian (apud TARTUCE, 2004), que defende o conceito de competência pois a traz como uma forma de pensar que as requisições cognitivas e subjetivas dos trabalhadores ‘qualificam’ a medida que estes são investidos dentro do trabalho. Assim, competência é vista como a capacidade do trabalhador chamar para si a responsabilidade da produção e seus resultados, tendo um reconhecimento social por fazê-lo.

Para Zarifian, privilegiar subjetividade não significa, todavia, renegar o lado social: a competência não deveria, assim, remeter a um indivíduo isolado, mas antes a uma rede de comunicação e de co-responsabilidades, que remeteria a um coletivo de trabalho. Por tudo isso, o autor prefere então usar o termo *competência*, pois a definição de qualificação fica presa ao falso dilema entre *qualificação do emprego*- que não dá conta do trabalho real - e a *qualificação do indivíduo*- que não abrange a dimensão do reconhecimento (TARTUCE, 2004).

Para Tartuce (2004), de acordo com a teoria de Naville, a qualificação contempla o conceito de competência e a ampliação. A autora problematiza que as questões salariais (o valor econômico atribuído socialmente para uma profissão) que hierarquizam as qualificações profissionais, em uma sociedade salarial é um grande avaliador profissional para designar o que a socialmente é qualificado ou não. Independente de “haver uma diluição do postos de trabalho e das profissões e de haver novas práticas de trabalho para além do assalariado formal que demandam atributos mais subjetivos” (Tartuce, 2004, pág. 370) não é a qualidade dos indivíduos, mas o valor econômico que a qualificação possui nesta relação salarial.

Outro argumento que justifica a compreensão de que a questão econômica é a grande protagonista na validação do que se julga mais qualificado ou não, está na reflexão sobre educação. Tartuce (2004) utiliza autores como Tanguy e Alaluf para embasar a hipótese de que a qualificação formal escolar é uma relação social que é determinada pelo mercado. Assim, pensar o ensino escolar “só se torna qualificação quando são reconhecidas socialmente, isto é, quando se tornam úteis a sociedade” (TARTUCE, 2004).

Chinelli, Vieira e Deluiz (2013) nos levam a refletir como a questão do trabalho e da educação não estão desconectadas das questões político-econômicas. A noção de competência está diretamente associada a este momento do modelo produtivo flexível, onde o trabalhador mobiliza a sua subjetividade imprimindo suas habilidades e atributos para a produção, o que não necessariamente exige uma ‘certificação’ específica para habilitá-lo para o trabalho (o

conhecimento adquirido pela experiência e pela vivência do trabalhador são considerados importantes, mas não por isso, o trabalhador receber o retorno financeiro disto). Podemos ver que a noção de qualificação engloba todas estas questões, por se tratar de um conceito multidimensional que trata da “*qualificação do emprego, do posto de trabalho, à qualificação do indivíduo, à relação social capital/trabalho etc.*” (HIRATA apud CHINELLI, VIEIRA e DELUIZ, 2013).

2.2 - Educação Profissional em Saúde: pensando a formação do técnico em radiologia

A educação no Brasil é marcada historicamente por uma dualidade: uma que se destina a classe trabalhadora e outra para as classes dominantes. Não por acaso, a ideia de um trabalho manual em contraponto a um trabalho intelectual, se refere não apenas ao que é socialmente mais valorizado (*qualificado*), mas também pode auxiliar no entendimento sobre quem produz os saberes e concepções de mundo que devem reger a dinâmica das relações sociais. A partir desta compreensão, cabe pensar em alguns processos históricos que conduzem à concepção da educação profissional no Brasil.

Com a Revolução Industrial, incorpora-se a tecnologia no processo produtivo, trazendo assim a necessidade de uma formação do trabalhador um pouco mais ampliada, para que este consiga compreender os códigos e acessos que a produção na fábrica exigia. (MONACORDA apud CAMPELLO, 2009).

Segundo Campello e Lima Filho (2009), no Brasil, o ensino técnico fora destinado à formação de uma população empobrecida que necessitava de um aprendizado elementar que os possibilitasse ser inserido no trabalho. Para as classes mais abastardas, o ensino das ciências humanas com especial enfoque nas carreiras liberais estabelecia o valor social atribuído a cada um destas formações- um para uma camada intelectual e o outro para trabalhadores da indústria.

A necessidade de preparação de mão-de-obra para a indústria implica uma mudança de concepção do ensino profissional. De uma aprendizagem mais próxima do ofício era necessário passar para uma aprendizagem que introduzisse o domínio das técnicas, da parcelarização do trabalho e da adaptação à máquina, de maneira a disciplinar a força de trabalho e adequá-la à organização fabril. Nesse quadro, a ‘educação profissional’ situa-se em um contexto maior de demandas de uma nova sociedade: a sociedade industrial. Além de preparar tecnicamente para o trabalho, é preciso também disciplinar os jovens para as atividades produtivas e a divisão do trabalho (CAMPELLO e LIMA-FILHO, 2009, p.178).

Neste contexto que se pode refletir o status social que a educação profissional de nível técnico possui na sociedade e, também nas políticas de estado e de educação. Reitera-se a perspectiva dual que a educação profissional tem em preparar os trabalhadores que irão exercer o ‘trabalho manual’. Em especial no modelo fordista/taylorista, a formação dos trabalhadores contemplava as necessidades que o posto de trabalho exige do trabalhador para sua inserção na produção.

Nos anos 1940 no Estado Novo, existiam as Leis Orgânicas⁶ de ensino para promoção de trabalhadores para a indústria, comércio, agricultura e de novos professores. Legalmente, somente a partir da Lei 4.024/61 que haverá uma legislação para a formação profissional para a Saúde. Muito embora, pode se verificar que nos anos de 1940 há uma normatização (Decreto- Lei nº 8.778/46) para regular os exames de habilitação para os Auxiliares de Enfermagem e Parteiras Práticas (PEREIRA e LIMA, 2009).

Naquele contexto, compreendia-se que o desenvolvimento do país, passava pela concepção de um Estado com responsabilidades sociais, incluindo os cuidados com a saúde da população, pois assim estariam aptos para o trabalho e, conseqüentemente desenvolvendo a economia. Nesta lógica, a reprodução da força de trabalho deveria se dar, através da promoção de saúde, o que requisitaria investimentos na formação de recursos humanos em saúde. Desta forma, a educação seria uma forma de produzir trabalhadores para este setor hospitalar, além de propiciar o acesso à renda. (PEREIRA e LIMA, 2009).

Muito embora tentados a pensar em uma linearidade das ações e normatizações na educação, aqui em especial trata-se do profissional em saúde, é coerente pensar que todo este processo é permeado por disputas políticas, e inclusive teóricas, que tentam definir a concepção de mundo e o público a quem se destina as formações de nível técnico. Apesar de haver indícios normativos a formação de trabalhadores para a saúde nos anos 1960, o trabalho em saúde - com exceção da medicina -, se constitui historicamente como uma formação em serviço.

⁶ - “O **Decreto-lei 4.048**, de 22 de janeiro de 1942, cria o **Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial - SENAI**.

- O **Decreto-lei 4.073**, de 30 de janeiro de 1942, regulamenta o **ensino industrial**.

- O **Decreto-lei 4.244**, de 9 de abril de 1942, regulamenta o **ensino secundário**.

- O **Decreto-lei 4.481**, de 16 de julho de 1942, dispõe sobre a obrigatoriedade dos estabelecimentos industriais empregarem um total de 8% correspondente ao número de operários e matriculá-los nas escolas do **SENAI**.

- O **Decreto-lei 4.436**, de 7 de novembro de 1942, amplia o âmbito do **SENAI**, atingindo também o setor de transportes, das comunicações e da pesca.

- O **Decreto-lei 4.984**, de 21 de novembro de 1942, compele que as empresas oficiais com mais de cem empregados a manter, por conta própria, uma escola de aprendizagem destinada à formação profissional de seus aprendizes”. (<http://www.pedagogiaemfoco.pro.br/heb08.htm>)

O técnico em radiologia, no início do século XX não teve uma trajetória distinta dos demais profissionais na saúde que não possuíam nível superior. Na época, os chamados “auxiliares médicos de radiologia” eram trabalhadores que aprendiam o ofício com os médicos radiologistas, em geral em seus consultórios ou clínicas particulares. Não havia qualquer formação que se pudesse fazer, pois o *treinamento* em serviço é que possibilitava o exercício das atividades requeridas.

Este grupo profissional se expandiu, em especial nos serviços públicos. Em 1950, a Lei nº 1.234 estabeleceu direitos e vantagens aos servidores da União, civis e militares, que operavam diretamente com Raios X, denominando-os de Operadores de Raios-X. Notoriamente, esta legislação tem componentes, no que se refere ao regime de trabalho, ainda presentes na lei de Regulamentação da profissão que se consolida nos anos de 1985. Percebe-se ainda um olhar sob os trabalhadores que manifestassem algum acometimento de saúde em virtude do trabalho com a radiação, uma espécie de readaptação. Cabe o destaque:

“Art. 1º Todos os servidores da União, civis e militares, e os empregados de entidades paraestatais de natureza autárquica, que operam diretamente com Raios X e substâncias radioativas, próximo às fontes de irradiação, terão direito a:

- a) regime máximo de vinte e quatro horas semanais de trabalho;
- b) férias de vinte dias consecutivos, por semestre de atividade profissional, não acumuláveis;
- c) gratificação adicional de 40% (quarenta por cento) do vencimento.

(...)

Art. 3º Os chefes de repartição ou serviço determinarão o afastamento imediato do trabalho de todo o servidor que apresente indícios de lesões radiológicas, orgânicas, ou funcionais e poderão atribuir-lhes, conforme o caso, tarefas sem risco de irradiação, ou a concessão ex-offício, de licença para tratamento de saúde, na forma da legislação vigente.” (BRASIL, Lei 1.234/50).

Com o Decreto nº 41.904/57 se tem a instauração do Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia (SNFMF). Este decreto exigiu uma prova para habilitação destes trabalhadores, embora já estivessem na atuando na prática, o que contribuiu para a criação de cursos privados de preparação para aprovação neste exame (FERREIRA FILHO, 2010).

Em 1968, é criado o Instituto Estadual de Radiologia e Medicina Nuclear Manoel de Abreu (IERMN), no Rio de Janeiro, vinculado à Secretaria de Saúde do Estado, destinava-se a formação tanto de residentes médicos como os operadores de raio-X. Em sequência a isto, chega-se na década de 1970 com a regulamentação educacional (Lei 5692/71) se expandido para a área da saúde, trazendo a concepção de um ensino profissional de nível médio.

Entre os anos 1970 e 1980, o Conselho Federal de Educação (CFE) emite várias normatizações para a formação de trabalhadores técnicos para a saúde, a categoria de trabalhadores que lidavam com a radiologia se complexificou, sendo chamados como auxiliar

técnicos em radiologia⁷ (embora fossem comumente reconhecidos como operadores de raio-X). Somente em 1985, com a regulamentação profissional promulgada pela Lei 7.394, que a categoria consolida a nomenclatura profissional como ‘técnicos em radiologia’.

Vale lembrar que entre os trabalhadores da saúde, o técnico em radiologia é um dos únicos com conselho próprio de técnicos. Girardi et al. (2000) constata que as regulamentações profissionais na área da saúde, estiveram em consonância com as regulações educacionais da época.

Se a década de 70 foi marcada pela intensa regulamentação das ocupações de nível médio no âmbito educacional (seja por iniciativa das burocracias sanitária e educacional; seja pelas profissões dominantes correlatas; seja pelos próprios grupos de nível médio), os anos 80 e 90 foram marcados por demandas típicas de reconhecimento "profissional" por parte destes grupos. (GIRARDI et. al., 2000, p.7).

É necessário destacar que, sobretudo a partir dos anos 1990, a educação sofre os impactos do processo privatista que os governos neoliberais implementaram em nível global em suas agendas. Se a lógica da reestruturação produtiva é de flexibilizar e dinamizar a economia, esta o faz com o respaldo das políticas de Estado. Desta forma, a educação que é responsável por inserir os indivíduos dentro da dinâmica da sociedade do trabalho, precisa estar afinada com os interesses e requisições do modelo produtivo em voga, sobretudo quando se pretende uma educação profissional que tem comprometimento específico na formação de mão de obra a ser incorporada imediatamente ao trabalho.

Pronko et al. (2011) resgatam que a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) de 1996, propõe uma reforma estrutural e conceitual do ensino médio e da educação profissional. Com o Decreto nº 2.208/1997, a formação na educação profissional ganha um status de independência, mas também de complementação da educação básica que contribuirá para reforçar a dualidade. Além disto, abre a prerrogativa de criação de cursos técnicos que não exigem regulamentação curricular específica, apenas carga horária mínima, conteúdos mínimos, habilidades e competências básicas. Isto acabou por impulsionar a criação de cursos rápidos para atender a demandas pontuais da produção.

⁷ Operação de Equipamentos Médicos Auxiliar Técnico de Radiologia - **Resolução 2 - Parecer 45/72**
Técnico em Radiologia Médica (Radiodiagnóstico) - **Parecer CFE 1.263 /73**
Técnico em Radiologia Médica (Med. Nuclear) - **Parecer CFE 307/88**
Técnico em Proteção Radiológica - **Parecer CFE 1.672 /74**
Técnico em Operação de Reator - **Parecer CFE 1.672 /74**
Técnico em Equipamentos Médico-Hospitalar - **Parecer CFE 268/89 - Parecer CFE 353 /89**
Técnico em Manutenção de Equipamentos Médico-Hospitalar - **Parecer CFE 28 /90**

Campello et al. (2009) infere que a educação profissional é preferencialmente pós básica:

(...) serviria especialmente àqueles alunos oriundos das classes sociais menos favorecidas que, tendo conseguido sobreviver aos mecanismos de seleção e exclusão do sistema educacional, seriam, mais uma vez, desviados do ensino superior e formados de acordo com as 'exigências dos setores produtivos', para serem encaminhados ao mercado de trabalho (CAMPELLO et al., 2009, p.177).

Não por acaso, pode-se perceber que na formação do técnico em radiologia, que é obrigatoriamente realizado ao término do ensino médio, os impactos desta fragmentação. O estudo de Campello et al. (2009) aponta para uma tendência explosiva no número de cursos de tecnólogo em radiologia entre os anos 1990 e 2000. O estudo de Oliveira et al. (2013) que teve por objetivo, entre outros, estudar a qualificação do técnico em radiologia, evidencia que os trabalhadores realizavam cursos de aperfeiçoamento e/ou especialização em exames diagnósticos para serem incorporados ao trabalho. A responsabilidade por ser empregável está a cargo do trabalhador, quando lhe é exigido inúmeras especializações para 'habilitá-lo' em procedimentos específicos na radiologia, sob os quais ele já estaria habilitado pela conclusão do curso técnico. Porém, diplomar-se nos cursos de especialização, o torna competitivo no mercado de trabalho.

Seguindo as sucessivas reformas na educação dos anos 90, Pronko et al. (2011) destaca a criação das Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional CNE/CEB N°16/1999 e Resolução CNE/CEB n°4, 1999 (BRASIL, Ministério da Educação, 1999 a e 1999b). Difundindo-se a noção das competências, associada à noção de "sociedade do conhecimento" que na verdade, seria uma metamorfose da teoria do "capital humano", marcando um contexto de desigualdade, desemprego, desregulações trabalhistas e flexibilidade dos postos de trabalho, entre outros. Isto incide nas políticas de educação através "das noções de competência, formação flexível e polivalente, empregabilidade, entre outras, que acabam por atribuir aos indivíduos a responsabilidade por seu desemprego ou subemprego". (FRIGOTTO apud PRONKO et al., 2011, p.86).

Se o conceito de qualificação remete como um conceito multidimensional, que visa articular a análise sobre as tensões entre capital e trabalho, nos seus rebatimentos na esfera social e coletiva, a noção de competência pensa o indivíduo que produz no coletivo a partir de características pessoais que o distinga e o faça competir com os demais. O indivíduo competente é aquele que articula os requisitos necessários para imprimir sua subjetividade e conhecimentos, adquiridos dentro e fora da escola, para uma produção que tem suas imprevisibilidades estruturais e inerentes à lógica de produção vigente.

2.3- O Trabalho em Saúde em Contexto Neoliberal: uma competência articulada

2.3.1- O conceito de Trabalho em Saúde

O trabalho em Marx reflete a transformação da natureza pelo homem, para atender às suas necessidades. Marx (1983) ao falar do trabalho realizado pelo homem e o animal, faz-se a seguinte diferenciação no que tange a intencionalidade e a capacidade de teleológica de planejar o que se quer fazê-lo. Um animal por instinto reproduz uma determinada atividade, como as abelhas ao construírem a colmeia, enquanto que o homem tem a capacidade de projeção sobre o trabalho a ser realizado – chamamos de dimensão teleológica do trabalho. Assim, toda atividade humana é um ato produtivo, que modifica algo para produzir algo novo. O trabalhar insere o homem na sociedade, formando-o para pensar e agir no mundo (MERHY e FRANCO, 2009).

O trabalho segundo Marx, gera valor, de uso ou de troca. Afirma que a forma de produzir e de apropriar-se desta produção foram nas diferentes sociedades humanas, em diferentes momentos históricos. Em uma sociedade de escravos e senhores, por exemplo, o trabalho dos primeiros, pertencia aos segundos. Em uma sociedade capitalista, o produto do trabalho do trabalhador é do seu patrão, onde o trabalhador recebe um salário pela execução do mesmo. Ou seja, diferente de uma sociedade escravocrata, o trabalhador, agora livre, é livre para vender a sua força de trabalho ao seu patrão. O salário é referente ao trabalho, mas não ao valor do que se produz. Desta forma, dizemos que no capitalismo quem fica com a riqueza coletivamente produzida é o patrão, e não o produtor daquela riqueza, no caso o trabalhador. Chega-se à seguinte conclusão de que “o trabalho do trabalhador serve para produzir produtos que tenham ‘valores de troca’ para o patrão” (MERHY e FRANCO, 2009).

Pensar o trabalho em saúde é refletir sobre a especificidade da racionalidade intrínseca neste processo de trabalho. Os serviços de saúde geram “produtos não materiais, não podendo ser transportados ou armazenados, por serem menos suscetíveis à racionalização técnica e organizacional” (MARTINS e POZ, 1998, p.134). Merhy e Franco (2009) afirmam que o trabalhador carrega uma “caixa de ferramentas” para fazer o seu trabalho. Em se tratando do trabalho em saúde, traduzem esta imagem em “valises tecnológicas”. Independente dos trabalhadores, de um modo individual ou coletivo, “têm suas ferramentas-máquinas (como o estetoscópio, a seringa), seus conhecimentos e saberes tecnológicos (o seu saber-fazer clínico)

e suas relações com todos os outros (como os atos de fala) que participam da produção e consumo de seu trabalho” (MERHY e FRANCO, 2009, p.429).

Mesmo assim, o trabalho em saúde não é único, há suas especificidades que exigem técnicas, matéria-prima, modos de organização e trabalhadores distintos para cada finalidade para objetos distintos. O processo de trabalho na saúde é feito de ato e consumo feitos de trabalhos prévios. Ou seja, para realização de uma atividade, outros trabalhos precisam ter sido executados. Para exemplificar, pensando no trabalho de um técnico de radiologia, para que este produza uma imagem no raio-X (“trabalho vivo em ato”), ele precisa de uma máquina de raio-x que ele não produziu (“trabalho morto”). Resumindo, o “trabalho vivo⁸” do técnico em radiologia, contém o “trabalho morto⁹” de outrem.

Merhy e Franco (2009) avançam discorrendo sobre o valor do produto:

Como produtor de bens, o trabalhador está amarrado a uma cadeia material dura e simbólica, pois o ‘valor de uso’ do produto é dado pelo ‘valor referente simbólico’ que carrega, construído pelos vários atores sociais em suas relações. Já o ‘valor de troca’ de um produto está amarrado à forma como funciona uma sociedade, que é historicamente fabricada pelos homens, como a capitalista em que vivemos, hoje”(MERHY e FRANCO, 2009, p.430).

Pensando esta lógica para a saúde, os autores vão trazer que “para a produção da saúde o ‘referente simbólico’ é ser cuidado ou vender procedimentos para ganhar dinheiro” (MERHY e FRANCO, p.430). Porém isto seria variável dependendo dos atores sociais em cena, o lugar social, valores culturais, o lugar no processo produtivo, entre outros. Pensando a realidade brasileira que, pela constituição diz que todos possuem direito à saúde, o referente simbólico deve pautar-se no cuidado da vida como “a alma da produção”. Deste modo, a necessidade dos usuários deve ser objeto central da saúde. “Em última instância, a finalidade que advogamos para as práticas de saúde é a de visar à produção social da vida e defendê-la” (MERHY e FRANCO, 2009, p.430).

O trabalho em saúde tem a característica do “trabalho vivo em ato”, onde no exato momento em que é executado produz o cuidado, em sua inteiração com os instrumentos, normas, máquinas que compõe o processo de trabalho em saúde na interação com diversas tecnologias. O produto do trabalho aqui, se reflete na satisfação das necessidades de saúde dos usuários. Para tanto, o trabalhador da saúde utiliza-se de suas tecnologias que se decompõem

⁸ **Trabalho Vivo**- Entendido como trabalho que se faz em ato, que é considerar as relações de trabalho para produção de bens, produtos e serviços. No caso da saúde pode-se referir ao atendimento, à realização de um exame, ao ato de realizar uma cirurgia etc.

⁹ **Trabalho Morto**- Pressupõe o trabalho acumulado nos instrumentos e materiais que serão utilizados por outro trabalhador, na produção de um bem ou produto. No caso da saúde pode-se referir aos equipamentos e instrumentos utilizados para procedimentos cirúrgicos, equipamentos etc., que foram previamente confeccionados a partir do trabalho de outros trabalhadores.

em instrumentos (tecnologias duras), o saber técnico estruturado (tecnologias leve-duras) e a relação entre os sujeitos (tecnologia leve) (MERHY e FRANCO, 2009).

Embora com este conjunto de tecnologias que os trabalhadores acessam, o trabalhador da saúde é sempre coletivo, pois independente da sua formação ou profissão, todos são operadores da construção do cuidado que utilizam suas valises tecnológicas, na produção das relações que contribuem para a satisfação das necessidades de saúde dos usuários do serviço (MERHY e FRANCO, 2009). Sobre o processo de trabalho em saúde tem uma função social de manter as condições normais de saúde, sendo assim:

“(...) o trabalho em saúde é uma produção não material consumida no ato de sua realização, ocorrendo, portanto, entre sujeitos, em uma determinada estrutura (intersubjetiva) e com significativo grau de autonomia. Pressupõe o domínio de saberes e técnicas específicas; tem um caráter interdisciplinar; necessita de uma equipe e, em sua essência, é um trabalho coletivo” (MARTINS e POZ, 1998, p. 134).

2.3.2- As mudanças no mundo do trabalho em saúde

Falar de trabalho em saúde hoje impõe o esforço de considerar os últimos acontecimentos político-econômicos que se sucederam até chegarmos neste momento. Pode-se observar que o debate da qualificação e competência se desenvolve, tanto na sociologia do trabalho, quanto na educação, por um movimento de análise dos modelos produtivos vigentes e seus rebatimentos no mundo do trabalho e na formação dos trabalhadores, na época o fordismo/taylorismo. Guardadas as devidas proporções sobre a produção acadêmica ao longo das décadas, localiza-se o debate sobre estes temas a partir da década de 1970, tendo nos anos 1990 o seu apogeu com o que convencionamos chamar de reestruturação produtiva. Cabe uma breve sistematização, sobre este processo que fomentou este intenso debate sobre qualificação e competências para percebermos como isto impactou no campo do trabalho na saúde.

Nos anos 1970, no que tange à economia, a situação dos países se fragilizou com a alta do petróleo, a valorização e desvalorização do dólar e as oscilações do mercado de câmbio, acentuando a internacionalização dos investimentos em capitais internacionais. Esta instabilidade gerou no capital industrial uma desaceleração nos investimentos, deslocando-os para o setor de serviços (comércio, saúde etc.).

Assim, as economias foram reestruturadas, incorporando mais tecnologia, qualidade e personalização dos produtos para atender às novas demandas do mercado que se delineara. Para conseguir estes objetivos, a produção fordista/taylorista que apontava para o seu

esgotamento, foi sendo substituída por um modelo flexível, enxuto e voltado para nichos de mercado, seguindo o sistema toyotista de organização da produção e de gestão do trabalho (PINTO, 2010).

Pinto (2010) se apropria da análise de David Harvey que definiu este momento como acumulação flexível:

(...) a flexibilização dos mercados de trabalho, das relações de trabalho, dos mercados de consumo, das barreiras comerciais, do controle da iniciativa privada pelo Estado e, nesse ponto, devemos adentrar o âmbito das transformações ocorridas na esfera da política (PINTO, 2010, p.47).

No caso brasileiro, estas mudanças foram viabilizadas pela reconfiguração do aparato estatal-legal. Na opinião de Mattoso (apud Pinto, 2010, p.48),

Esse conjunto de ações estatais flexibilizadoras teve como base estruturais nas contas nacionais, afetando desde as políticas sociais até a continuidade do investimento estatal direto nos setores produtivos e financeiros, submetendo a alocação dos recursos e dos resultados econômicos ao movimento de livre mercado. No que tange aos trabalhadores, passou-se a eliminar sistematicamente as regulamentações protetoras de direitos básicos, responsabilizando-as pelo engessamento dos mercados de trabalho, pela elevação dos custos de produção e subsequente diminuição da competitividade empresarial. Buscou-se acelerar sua mobilidade e flexibilidade entre setores, regiões, empresas e postos de trabalho, reduzindo os custos empresariais e eliminando a rigidez resultante da atividade sindical.

Neste momento, pode-se perceber a emergência do que chamamos de Terceira Revolução Industrial – coroada na reestruturação produtiva – marcada pela expansão dos mercados, revolução tecnológica e predomínio do capital financeiro. Para esta forma de produzir, exige-se uma nova organização do trabalho, que não tem mais o tipo ideal, mas requer diversidade nas experiências na produção que irão ter seus rebatimentos no campo da educação, trabalho, transporte e telecomunicações (MARTINS E POZ, 1998).

A produção conforme o modelo japonês “just-in-time” é realizada no momento que há uma demanda para tal, ou seja, é a partir da encomenda do produto que se realiza a produção do mesmo. Ele implica na reorganização do espaço de trabalho em células de produção, sendo requisitada aos trabalhadores uma série de atributos como a polivalência, o que contribui para o enxugamento dos postos de trabalho, na medida que se exige do trabalhador que seja capaz de assumir diferentes funções. Nas células de produção, as equipes encarregam-se de dar conta do programa de trabalho. Isto é possível através da incorporação de tecnologias que permite a racionalização das estruturas de operação, dos níveis hierárquicos .

Este modelo tem consequências para a qualificação do trabalho, do trabalhador e das relações de produção. As gerências focarão suas ações no processo de controle da produção. A figura do supervisor não será necessária, pois o foco está na equipe, o que acaba por submeter os trabalhadores a uma vigilância e controle sobre o trabalho do colega a fim de garantir o cumprimento das metas. Autonomia e polivalência são a chave para a gestão dos trabalhadores que possuem formas flexíveis de produção e de produzir. Na prática isto quer dizer que no modelo Toyota, produz-se o necessário para atender a demanda, com baixo custo, instalações físicas necessárias (ao contrário do fordismo/taylorismo que demandava lugares grandes para armazenar a produção), com o mínimo de trabalhadores possíveis (PINTO, 2010).

O trabalhador está mais vulnerável e suscetível às oscilações do mercado de trabalho, que reverberam nas formas de contratação e na forma de organização do trabalho, encorajados pela ação estatal de não proteção ao trabalhador que progressivamente desregulamentou as relações de trabalho (BAUMGARTEN E HOLZMANN, 2011). Desta forma o trabalho se torna mais precarizado; com mais rotatividade da força de trabalho; ênfase nos treinamentos para mudança de comportamento, sem almejar uma qualificação efetiva; a organização do trabalho ainda não consegue dar conta de promover a participação efetiva dos trabalhadores, além do mais, eles não participam da implementação das mudanças no trabalho (LEITE apud MARTINS E POZ, 1998).

Pensando estas questões para o campo da saúde, observa-se que o progresso tecnológico chega ao setor saúde tanto para os medicamentos (fármacos, imunobiológicos e reagentes para diagnóstico), quanto para os instrumentos utilizados no trabalho (os equipamentos médicos). “Tecnologias materiais (equipamentos e produtos), como tecnologias imateriais (saberes e técnicas)” incidem sobre o serviço no setor saúde (MARTINS E POZ, 1998).

Martins e Poz (1998) revisam dois estudos sobre os impactos da tecnologia na organização do trabalho em saúde, para avaliar as considerações a que os autores chegam partindo de objetos distintos. Os resultados mostram que as mudanças nos processos e nas relações de trabalho se concentram no espaço hospitalar, onde a qualificação e formação dos trabalhadores ainda possui grande importância. Pode-se indagar que tipo de qualificação está sendo requisitada neste contexto? Anteriormente, mencionamos haver uma utilização dos treinamentos e cursos aligeirados para qualificar esta força de trabalho em saúde.

O trabalho ainda continuaria sendo intensivo, fragmentado, com forte uso do trabalho manual. A mudança na lógica assistencial tem transformado o trabalho para um modelo

preventivo, com reorientação do espaço e da tecnologia do trabalho para as questões de saúde da família, ou seja, um olhar para fora do hospital. Esta tendência requisita um novo perfil de profissional, e conseqüentemente, novos perfis educacionais.

No plano da gestão, observa-se que o uso do planejamento estratégico, com influência de um gerenciamento participativo associado ao controle de qualidade, é algo que se expressa seguindo a tendência da conjuntura difundida na reestruturação produtiva. As ações seriam pautadas visando maior produtividade, com crescente incorporação de tecnologias no processo de trabalho. Este último, observado em unidade de terapia intensiva e serviços especializados como a cardiologia, oncologia, radiologia e clínica médica. Vale ressaltar que considera os saberes e as técnicas dos trabalhadores como uma tecnologia imaterial (MARTINS E POZ, 1998).

Os trabalhadores devem lidar com a conjuntura macroeconômica, com os processos de privatizações do setor saúde, possibilitando organizações sociais (OS) e fundações de direito privado assumirem o controle de gerenciamento de recursos financeiros. As terceirizações alcançam serviços estratégicos nos hospitais – incluindo os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico. Desta forma, vêm se intensificando formas de contratação com vínculos precarizados, o que reserva aos trabalhadores um lugar de instabilidade, com pouca ou nenhuma proteção jurídica (PRONKO et al., 2011).

Estes são pontos que o debate em torno das competências ganharia força, uma vez que o trabalho em saúde mobiliza a subjetividade do trabalhador para resolver questões imprevisíveis, quando se trata de lidar com a vida humana. Isto acaba por reforçar as políticas de “gestão do trabalho e da educação em saúde que privilegiam o processo de trabalho centrado no usuário e que demandam dos trabalhadores solidariedade, humanização, capacidade de trabalhar em equipe etc.” (CHINELLI, VIEIRA e DELUIZ, 2013) .

As autoras afirmam ter buscado na teoria de Burawoy a argumentação necessária para colocar o conceito de qualificação como maior que o de competência. Pois se o tema da subjetividade, que supostamente não estava inserido no debate sobre qualificação, Burawoy traz “à tona o tema da subjetividade, procurando mostrar como, para além das mediações propriamente econômicas, outras de caráter político-cultural informam relações existentes no espaço de trabalho, como a negociação, a barganha e o consentimento” (TARTUCE apud CHINELLI, VIEIRA e DELUIZ, 2013) e estes, com rebatimento na esfera social dos trabalhadores, como a família e a escola.

3- O CAMPO DA SAÚDE DO TRABALHADOR E SEUS CAMINHOS ATÉ O TRABALHADOR DA SAÚDE.

Neste capítulo, tentar-se-á construir o percurso que levou à constituição do campo da saúde do trabalhador, tal qual se apresenta em sua configuração brasileira, fortemente marcado pela experiência da medicina social latino americana e da Reforma Sanitária (MENDES e DIAS,1991; MINAYO-GOMEZ, 2011). Para tanto, será preciso olhar para a história do trabalho dentro do capitalismo, onde questões de saúde e trabalho ganham vulto, em um contexto de trabalho livre e onde todos são “iguais” perante a lei.

3.1- Saúde e Trabalho: percursos necessários.

No contexto da Revolução Industrial, no período do século XVIII, observa-se o trabalho sendo deslocado para o interior das fábricas, com trabalhadores “livres” para venderem sua força de trabalho ao capitalista por um salário. Porém, as condições de trabalho neste lugar eram insalubres, misturavam-se mulheres, homens e crianças em trabalhos com longas jornadas de 12 a 14 horas de trabalho. Não era por acaso que se contava com altos índices de acidente de trabalho que mutilavam toda essa força de trabalho, levando à morte ou a doenças ocupacionais, além de um ambiente propício à proliferação de doenças infectocontagiosas (MINAYO-GOMEZ e THEDIM-COSTA, 1997; WARDINE, 2004).

Segundo Marx (1983), o que produz valor não é o produto, mas o trabalho. Através do trabalho não pago ao trabalhador, o burguês expropria estas horas trabalhadas e não remuneradas do trabalho, fazendo um processo de mais-valia. Ou seja, o trabalhador não possui salário justo, já que produz mais do que recebe em contrapartida por esta atividade realizada.

Diante destas condições de trabalho que se apresentavam, o adoecimento dos trabalhadores e acidentes de trabalhos eram uma constante, o que impactava diretamente na produção. Foucault apud Lacaz (1996), vai dizer que “ a medicina do pobre, da força de trabalho, do operário não foi o primeiro alvo da medicina social, mas o último”. Os pobres, se constituem em uma força política ameaçadora, capaz de rebelar-se contra essas condições precárias de sobrevivência. Neste contexto, surge “no século XIX e sobretudo na Inglaterra, uma medicina que é essencialmente controle da saúde e do corpo das classes mais pobres para torná-las mais aptas ao trabalho e menos perigosas às classes mais ricas” (FOUCAULT apud LACAZ, 1996, P.9).

Neste cenário que um empresário inglês insere um médico na fábrica, para que este pudesse analisar o processo de trabalho e atuar nos efeitos que o trabalho produzia no corpo dos trabalhadores. Assim, ele poderia atuar garantindo que esta força de trabalho continuasse na produção ou a repusesse o quanto antes. A lógica não era do cuidado à saúde do trabalhador, mas responsabilizar o médico sobre o adoecimento dos trabalhadores.

Esta estratégia também se tornou uma alternativa à ausência do Estado no que tange as questões de Saúde, pois também atuava na família dos trabalhadores. O médico então, seria a mediação entre trabalhadores e o patronato, assumindo todas as responsabilidades pelos problemas de saúde que ocorreriam na fábrica. (MENDES e DIAS, 1991). Historicamente esta prática se estabeleceu como uma Medicina de Fábrica, que posteriormente se configura como o que conhecemos de Medicina no Trabalho, espalhando-se como modelo interventivo para outros países.

Os serviços de Medicina no Trabalho se constituíram como uma estratégia de controle da força de trabalho, colocando esta intervenção no marco da dependência do trabalhador à fábrica. Ao mesmo tempo, se firmou como uma “resposta às pressões da classe operária, que sofria com o adoecimento gerado pelas precárias condições de trabalho do mundo fabril.” (WARDINE, 2004) Esta é uma medicina que não se pode supor, sua neutralidade, pois nasce vinculada ao modo de produção, pelos objetivos a que se propõe (FRANCO apud LACAZ, 1996, P.11)

Já no século XX, a concepção de Medicina do Trabalho era fomentada pela Organização Internacional do Trabalho (OIT), que em 1953 determinou com a Recomendação 97 a formação de médicos e incentivava a organização de Serviços Médicos no Trabalho. A Recomendação 112 de 1959, com a experiência dos países industrializados, modificou a nomenclatura para “Serviços de Medicina do Trabalho”. Essa normatização internacional serviu para o estabelecimento de diplomas nacionais, estabelecendo sua definição, métodos de aplicação, organização de serviços, funções, profissionais, instalações e meios de ação (MENDES e DIAS, 1991 ; WARDINE, 2004).

A Medicina do Trabalho se constituiu no modelo unicausal ou monocausal, onde se atribui uma causa para um efeito. Esta perspectiva centrada na ação médica, visava a mera adequação do trabalhador às condições do processo de trabalho (MENDES e DIAS, 1991). A função da medicina era encontrar o que causava o dano ao corpo do trabalhador, para amenizar os efeitos e reintegrar esta força de trabalho à produção. Esta é “uma visão eminentemente biológica e individual, no espaço restrito da fábrica, [pois] numa relação

unívoca e unicausal, buscam-se as causas das doenças e acidentes” (MINAYO-GOMEZ e THEDIM-COSTA, 1997, p.22).

Mendes e Dias (1991), apontam que durante a após a II Guerra Mundial, havia um grande prejuízo dos empregadores e das companhias de seguro das fábricas, pela perda de força de trabalho na produção e pagamento de indenizações por danos provocados pelo trabalho. Não obstante, a tecnologia industrial avançava colocando a demanda de novos processos e equipamentos no contexto de uma nova divisão internacional do trabalho.

O cenário que se apresentava colocava questões para a Medicina do Trabalho que não apresentava as respostas necessárias para os problemas ligados à produção. Se de um lado encontram-se trabalhadores insatisfeitos com as condições de trabalho e, por outro, os empresários pagando por altas indenizações, uma nova forma de pensar esta intervenção nos trabalhadores na fábrica era requerida. O modelo de medicalização e a individualização dos riscos, colocava a Medicina do Trabalho como uma ação incipiente frente às demandas do mundo do trabalho (MENDES e DIAS,1991; MINAYO-GOMEZ e THEDIM-COSTA,1997).

De acordo com Minayo-Gomez e Thedim-Costa (1997) as doenças se apresentavam em estágios avançados, a resposta da medicina com um modelo unicausal não dava conta de resolver as questões de saúde dos trabalhadores. Outros entraves se constituem para identificação das doenças ocupacionais para estabelecer nexo causal, como as formas de contratação da força de trabalho-as terceirizações, subcontratações, rotatividade - fazendo com que não se tenha um histórico da saúde do trabalhador. Os exames admissionais e periódicos possuem a função de analisar quem estaria apto para o trabalho, considerando o histórico laboral dos trabalhadores. Esta é uma forma de medir o grau de comprometimento de saúde para o exercício profissional.

Uma nova forma de olhar para o adoecimento, considerando o ambiente de trabalho e seus impactos na saúde dos trabalhadores, se configurava como algo premente. Sob a influência das escolas de saúde pública, gesta-se o que se convencionou chamar de Saúde Ocupacional, um modelo de caráter multi e interdisciplinar, que relacione o “ambiente de trabalho-corpo do trabalhador”, considerando um conjunto de fatores ambientais para caracterizar a produção da doença, o que estava relacionado à multicausalidade no âmbito da saúde. (MINAYO-GOMEZ e THEDIM COSTA, 1997, p.23; MENDES e DIAS, 1991).

A teoria fundante é o modelo da História Natural da Doença, que se configura como a teoria da multicausalidade, ou seja, a interação entre o agente, o hospedeiro e o ambiente mas que também tem suas limitações, pois “o trabalhador continua sendo considerado mero meio

de produção, tendo seu saber e suas possibilidades de intervenção no processo produtivo ignorados” (WARDINE, 2004,p.39).

Embora fosse o desejado teoricamente, a interdisciplinaridade não se realizava, as ações ainda eram fragmentadas e desarticuladas, as transformações no mundo do trabalho não conseguiam ser acompanhadas pela produção do conhecimento, o trabalhador não participava nas construções das propostas para o processo de trabalho que estava inserido e o pensar de Saúde é preterido por uma ação de Segurança no Trabalho (MENDES e DIAS, 1991). Estas questões fazem com que outro modelo que relacione Trabalho – saúde fosse constituído.

O campo da Saúde do Trabalhador vai se delineando na década de 60 nos países industrializados do mundo ocidental (Alemanha, França, Inglaterra, Estados Unidos e Itália), onde começara a inquietação sobre o significado do trabalho na vida, requeria a participação dos trabalhadores nas questões da saúde e segurança, bem como melhores condições de vida e trabalho. Começou assim um movimento organizado pelos trabalhadores, requisitando intervenções do Estado através de políticas sobre o campo do trabalho, por exemplo, na legislação trabalhista. Laurell e Noriega (1989), trazem a experiência do Modelo Operário Italiano (MOI), que posteriormente, será descrito como fora implementado nas fábricas italianas, ao qual serve de inspiração para a intervenção/pesquisa na área da saúde do trabalhador.

3.2- Saúde do Trabalhador na experiência brasileira

Na experiência brasileira, o campo da saúde do trabalhador se materializa no bojo das lutas pela redemocratização do país, entre as décadas de 70 e 80. Esse momento de efervescência política, é um terreno fértil para as questões de saúde vigentes e encontra nas concepções da Medicina Social Latino-americana, na experiência italiana que influenciavam a luta pela Reforma Sanitária, a sinergia necessária para a “gênese social” do campo da Saúde do Trabalhador. Minayo-Gomez (2011), aponta cinco antecedentes que influenciaram este momento.

- Avanço da produção acadêmica em setores da medicina preventiva e social e da saúde pública, que, apoiada na medicina social latino-americana, ampliou o quadro interpretativo do processo saúde-doença, incluindo-se aí a dimensão de ‘classe’ e a categoria ‘trabalho’ entre os determinantes sociais;
- O movimento pela Reforma Sanitária brasileira, inspirado em várias iniciativas mundiais voltadas para a universalização e a promoção da saúde, dentre as quais a experiência italiana, que contribuiu significativamente para a institucionalização da área de saúde e do trabalhador;

- O fortalecimento do movimento dos trabalhadores pela conquista dos direitos elementares de cidadania e pela consolidação do direito à livre organização, movimento esse que promoveu uma ampliação das reivindicações trabalhistas, introduzindo nelas questões relacionadas à saúde e, mais ainda, demandando serviços de atenção à saúde na rede pública- cabendo ai destacar o importante papel exercido pelo Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho (Diesat);
- Realização da I Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores, cujas resoluções contribuíram para o entendimento e a definição das competências do Sistema Única de Saúde (SUS) em relação à saúde do trabalhador, na Lei Orgânica de Saúde;
- A criação dos Programas de Saúde do Trabalhador (Pimenta e Capistrano, 1988; Costa et al., 1989; Dias, 1994) e Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, com graus diversos de participação de representantes dos trabalhadores na formulação e no desenvolvimento das ações, seguindo o curso mundial de construir, de forma participativa, serviços de saúde no trabalho como política pública, em consonância com a posição da Organização Internacional do Trabalho (LACAZ, 2007). (MINAYO-GOMEZ, 2011, P.24)

O elemento que difere a Saúde do Trabalhador (ST) da Medicina no Trabalho (MT) e da Saúde Ocupacional (SO), reside nas categorias que toma como base: ‘classe social, ‘processo de produção’ e ‘ processo de trabalho’, “para articulação de um modelo de produção social do processo saúde- doença e de problematização da relação trabalho/saúde, demarcando o caráter histórico dessa relação” (BARROS et al., 2012, p.33)

Minayo-Gomez (2011), enfatiza que a Saúde Ocupacional é fundada na História Natural da Doença e sua experiência é orientada pela clínica, da medicina preventiva e da epidemiologia clássica. Em termos de campos do conhecimento que acessa, estaria a medicina e a engenharia de segurança. Já a Saúde do Trabalhador (ST), como se origina da saúde coletiva, “está composta pelo tripé epidemiologia, administração e planejamento em saúde e ciências sociais em saúde” somando-se conhecimentos das ciências humanas e outros.

Outro ponto importante salientado pelo autor, está na perspectiva de Saúde como Direito, tal como o SUS preconiza na universalização dos direitos fundamentais. Isto rompe com o modelo de assistência previdenciário- trabalhista.

Em síntese, por Saúde do Trabalhador compreende-se um corpo de práticas teóricas interdisciplinares técnicas, sociais, humanas e interinstitucionais, desenvolvidas por diversos atores situados em lugares sociais distintos e informados por uma perspectiva comum. (MINAYO-GOMEZ e THEDIM COSTA, 1997, p.25).

Por se tratar de uma perspectiva teórica que se utiliza da interdisciplinaridade para gestão da Saúde do Trabalhador, Minayo-Gomez (2011) aponta as potencialidades deste processo.

O primeiro contempla o contorno social, econômico, político e cultural, definidor das relações travadas nos espaços de trabalho e das condições de reprodução dos trabalhadores; e o segundo se refere a determinadas características dos processos de trabalho com potencial de repercussão na saúde, inclusive a subjetividade dos trabalhadores (MINAYO- GOMEZ,2011, P. 26)

O conceito de ‘Carga de Trabalho’ e ‘Desgaste’ desenvolvido por Laurell e Noriega, (1989), tem sido um conceito importante para o campo, para analisar a “influência do processo de produção no consumo da força de trabalho e na capacidade vital do trabalhador”(BARROS et al., 2012, p.33). Estes conceitos são vitais na análise dos efeitos do trabalho nos trabalhadores de uma forma ‘bio-psíquico-social’ (LAURELL e NORIEGA, 1989), permitindo a configuração de perfis epidemiológicos dentro das homogeneidades dos grupos e variabilidades internas, condicionando a adoção de abordagens qualitativas e quantitativas (MINAYO-GOMEZ, 2011). “As ‘cargas’ entendidas em superação ao conceito restrito de ‘risco’, adquirem materialidade no organismo humano, levando a diferentes adaptações e ao ‘desgaste’, entendido como perda da capacidade potencial e/ou efetiva corporal e psíquica ”(BARROS et al., 2012, p.34) .

Quando se refere a processo de trabalho, refere-se à concepção marxista, que mesmo tendo sua originalidade no modelo fabril, requer adequações para se ajustar a variabilidade do trabalho, inclusive o setor de serviços no qual está a saúde (MINAYO-GOMEZ, 2011). Para Barros et al. (2012), na formulação genérica de Marx “ serviço é o efeito útil de alguma coisa, mercadoria ou trabalho, resultando da utilização de bens ou da força de trabalho em seu aspecto de valor de uso”. No caso do processo de trabalho na saúde, o objetivo é satisfazer necessidades particulares de saúde dos indivíduos, considerando sua história.

...salienta-se que o serviço de saúde nunca resulta de uma aplicação de regras gerais num processo de trabalho genérico, mas que pressupõe uma aplicação de conhecimentos (e variadas técnicas e tecnologias) ao particular, numa situação de inter-relação na qual o usuário fornece alguns valores de uso e participa ativamente do processo (BARROS et al., 2012, p.35)

Um outro aspecto da Saúde do Trabalhador é sua forma de pensar os sujeitos imbricados na análise, os trabalhadores, como sujeitos políticos e assim, agentes políticos do processo de transformação do trabalho. São eles que, no cotidiano do trabalho criam e recriam formas de fazer o trabalho dado às condições, aos processos e organização do trabalho no interior dos locais de trabalho, no caso deste estudo os estabelecimentos de saúde.

Como este campo origina-se no interior da discussão da saúde pública, nada mais natural que sua base e princípios sejam os do SUS que pressupõe “ acesso universal, integralidade da atenção, com ênfase em ações de prevenção e promoção, descentralização e participação social” (MINAYO-GOMEZ, 2011, P. 27). Desta forma, a Rede Nacional de

Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast) tem a responsabilidade de promover ações de vigilância e promoção à saúde do trabalhador (MINAYO-GOMEZ, 2011).

Por fim, atualmente, uma área tem emergido com grande força na discussão em todas as áreas científicas, técnicas e de práticas sociais, que é a discussão ambiental, que deve ser incorporada ao campo da Saúde do Trabalhador. Pensar nisto, como mais uma forma ampliada do conceito de saúde, que sempre englobou questões biológicas e biomédicas, agora inclui o tema da questão social e o ambiente (MINAYO-GOMEZ, 2011). Em se tratando da área da radiologia, das fontes de radiação ionizantes, incorporar esta temática é um avanço para o campo.

A perspectiva ecossistêmica que vem se universalizando tem como princípios: 1) compreender os problemas em seu contexto e complexidade, mas atuar localmente; 2) envolver na solução dos problemas todos os atores sociais (populações, governantes, gestores, empresários, profissionais, trabalhadores e técnicos); 3) usar a ciência e a tecnologia como estratégia de mudanças; 4) trabalhar com o conceito de participação social e ‘fortalecimento’ do sujeitos; 5) contemplar os papéis diferenciados de homens, mulheres, crianças e idosos na construção social da mudança; 6) adotar uma perspectiva inter e transdisciplinar, em que ‘fragmentos disciplinares’ são acionados e postos em cooperação visando à qualidade de vida e ao ambiente saudável. Ora, todos esses princípios não só condizem com a filosofia da área de saúde do trabalhador como a enriquecem (MINAYO-GOMEZ, 2011, P.28)

Podemos então sintetizar o campo da saúde do trabalhador como:

- A busca da compreensão das relações (de nexos) entre o Trabalho, a Saúde e a Doença dos Trabalhadores, para fins de promoção e prevenção da saúde e da assistência, incluindo o diagnóstico, tratamento, e a reabilitação.
- A ênfase na necessidade/possibilidade de mudança dos processos de trabalho- das condições e dos ambientes de trabalho- em direção à humanização do trabalho.
- O exercício de abordagens interdisciplinares e intersetoriais, que levem à superação da compreensão e intervenção estanques e fragmentadas sobre a questão e à mudanças nas condições e ambientes de trabalho para torná-los mais saudáveis.
- A participação dos trabalhadores enquanto sujeitos de sua vida e da sua saúde, capazes de contribuir para o melhor conhecimento das relações Saúde e Trabalho, dos efeitos negativos do trabalho sobre suas condições de saúde-doença e de intervir politicamente para transformar esta realidade.
- A articulação com as questões ambientais, o entendimento de que na origem de uma grande parcela dos problemas ambientais- da degradação da vida e do meio ambiente- estão os mesmos processos de trabalho geradores de doenças para os trabalhadores. (DIAS, 2009 p.3-4).

Se o campo da Saúde do Trabalhador se constitui como tal, Minayo-Gomez (2011) defende a tese de que dentro do escopo de abordagens teóricas de relações de saúde e trabalho, há uma disputa e tensões em torno de formas de apropriação sobre o tema. Assim, coexistem as perspectivas de Medicina do Trabalho, Saúde Ocupacional e Saúde do Trabalhador, que dialéticamente supera todas as outras contendo-as ou ultrapassando-as (MINAYO-GOMEZ, 2011). Definitivamente, é um campo que está em construção, buscando incorporar as

dinâmicas do modo de produção capitalista que se metamorfoseiam e exigindo novas formas de apropriação destas tensões entre trabalho-saúde- capital.

3.2.1- Apontamentos sobre ações recentes no campo da Saúde do Trabalhador na Saúde.

Desde a Lei Orgânica da Saúde 8080/90, há indicativo de um olhar sobre a saúde dos trabalhadores, e aqui é apontando como um dos objetivos do SUS.

Art.3º- Entende-se por saúde do trabalhador, para fins desta lei, um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, abrangendo:

I - assistência ao trabalhador vítima de acidente de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho;

II - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde - SUS, em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho;

III - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde - SUS, da 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;

IV - avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde;

V - informação ao trabalhador e à sua respectiva entidade sindical e às empresas sobre os riscos de acidentes de trabalho, doença profissional e do 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;

VI - participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas;

VII - revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração a colaboração das entidades sindicais; e

VIII - a garantia ao sindicato dos trabalhadores de requerer ao órgão competente a interdição de máquina, de setor de serviço ou de todo ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores. (LOS, 1990, p 2-3)

Antes disto, o campo da saúde do trabalhador ainda não havia sido acolhido dentro do campo da saúde pública, pois necessitava da compreensão a categoria trabalho como central nos determinantes sociais da saúde da população (VASCONCELOS apud OLIVEIRA et al., 2011, p13). Mas é neste momento que a fiscalização dos ambientes e das condições de trabalho podem ser feitas pelo setor saúde. Ainda assim, a vigilância sanitária é uma área que precisa de investimentos na formação dos seus quadros técnicos (os agentes) para lidar com as questões do trabalho em diversos segmentos; com desafios na área do controle social exercido pelos próprios trabalhadores como “atores do processo metodológico”; e a necessidade de organizar as informações em saúde do trabalhador para orientar e otimizar as ações em vigilância. Este último tópico, é um fator primordial para se averiguar o real do trabalho no SUS, ou seja, “ a subnotificação é um problema a ser transposto” (OLIVEIRA et al., 2012)

A concepção de vigilância da saúde do trabalhador surge com a perspectiva de combinar os componentes de trabalho, de forma a facilitar uma abordagem interdisciplinar da relação processo de trabalho e saúde, ressaltando aspectos como tecnologias utilizadas nos processos de produção; epidemiologia para a avaliação de risco; elementos sociais, por exemplo, as condições econômicas e de organização dos trabalhadores (OLIVEIRA et al., 2012, p.8).

Nos últimos anos, especificamente nos anos 2000, percebe-se na literatura acadêmica um olhar sobre a saúde dos trabalhadores da saúde. Em geral, avaliações no campo da indústria e construção civil, eram análises que constantemente permeavam os textos em saúde do trabalhador. Na Política Nacional de Humanização de 2004, em alguns princípios norteadores é possível identificar a preocupação com a inclusão dos trabalhadores no processo de gestão dos serviços e de sua valorização no processo da atenção.

- Fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a transversalidade e a grupalidade;
 - Apoio à construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção de saúde e com a produção de sujeitos;
 - Construção de autonomia e protagonismo dos sujeitos e coletivos implicados na rede do SUS;
 - Co-responsabilidade desses sujeitos nos processos de gestão e atenção;
 - Fortalecimento do controle social com caráter participativo em todas as instâncias gestoras do SUS;
 - Compromisso com a democratização das relações de trabalho e valorização dos profissionais de saúde, estimulando processos de educação permanente;
- (POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO, 2004, p. 17)

No eixo da PNH, também é colocado o compromisso de fortalecer os trabalhadores do SUS por meio da participação nos processos de decisão, contribuindo para sua valorização. Porém, na mesma descrição dos eixos, o compromisso pela educação permanente, se fará a partir da graduação, ou seja, os trabalhadores técnicos não foram contemplados neste contexto. Será que isto indica o caráter privado do ensino técnico, onde o governo não chegaria a influenciar nos princípios norteadores para o SUS??

- No eixo da gestão do trabalho, propõe-se a promoção de ações que assegurem a participação dos trabalhadores nos processos de discussão e decisão, fortalecendo e valorizando os trabalhadores, sua motivação, o autodesenvolvimento e o crescimento profissional;
- (...)
- No eixo da educação permanente, indica-se que a PNH componha o conteúdo profissionalizante **na graduação, pós-graduação e extensão em saúde**, vinculando-a aos Pólos de Educação Permanente e às instituições de formação; (grifos nossos)
- (POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO, 2004, p. 25)

O objetivo não é fazer uma análise da PNH, mas apenas apontar alguns momentos em que se observa o olhar dos documento normativos para a valorização do trabalhador da saúde como sujeito. Mas ainda resta a indagação, se esta proposta está entendendo os trabalhadores

técnicos dentro da mesma relação de valorização do que os trabalhadores com a graduação. Apesar desta indagação, nos é possível perceber que a PNH teve seus efeitos para medidas paliativas com os usuários do serviço, enquanto as questões de gestão da força de trabalho em saúde permaneciam apáticas, imputando aos trabalhadores a responsabilidade pela humanização, mesmo que o seu trabalho não estivesse sendo humanizado.

Em 2011, a presidente Dilma sanciona a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho – PNSST, pelo Decreto N.º 7.602, fruto da negociação da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS (MNNP-SUS) articuladas aos trabalhos do Comitê Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador da Saúde permitiram a elaboração das Diretrizes da PNSST. A nível de Ministério da Saúde, a coordenação desse processo ficou a cargo da Vigilância Sanitária em Saúde (SVS) e pela secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES) (PANORAMA DA SAÚDE DOS TRABALHADORES DA SAÚDE, 2012).

A PNSST ainda permanece na tríade dos Ministérios do Trabalho e Emprego, da Saúde e da Previdência Social, mas sem excluir a participação de outros órgãos. Tem por objetivo “ a promoção da saúde e a melhoria da qualidade de vida do trabalhador e a prevenção de acidentes e de danos à saúde advindos, relacionados ao trabalho ou que ocorram no curso dele, por meio da eliminação ou redução dos riscos nos ambientes de trabalho”(PNSST, 2011). Suas diretrizes são (grifos nossos):

- IV. As ações no âmbito da PNSST devem constar de um Plano Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho e desenvolver-se de acordo com as seguintes diretrizes:
- a) inclusão dos trabalhadores brasileiros no sistema nacional de promoção e proteção da saúde;
 - b) harmonização da legislação e a articulação das ações de promoção, proteção, prevenção, assistência, reabilitação e reparação da saúde do trabalhador;
 - c) **adoção de medidas especiais para atividades laborais de alto risco;**
 - d) **estruturação de rede integrada de informações em saúde do trabalhador;**
- (PNSST, 2011, p.1-2)

O livro sobre o Panorama da Saúde dos Trabalhadores da Saúde (2012), desenvolvido pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, traz cinco capítulos que tem por objetivo analisar as produções na área de saúde do trabalhador da saúde, apontar estratégias e produções nesta área. O próprio texto se auto-indica como um documento que apresenta questões teórico-metodológicos para o campo da saúde do trabalhador. No seu terceiro capítulo, Brito et al. (2012) apontam - na pesquisa que realizaram sobre as produções acadêmicas sobre a saúde dos trabalhadores da saúde - os seguintes temas abordados:

condições de trabalho especificadas por categorias profissionais ou condições típicas do trabalho em serviço hospitalar; análises do processo de trabalho em saúde; relação entre saúde mental e trabalho; violência e à relação com o trabalho em saúde; análise de riscos; perfil de morbidade com enfoque nas doenças relacionadas ao trabalho.

Sobre estas produções, cuja maior incidência se deu a partir dos anos de 2005, muitas são sobre os trabalhadores da enfermagem, o que pode mostrar que estes profissionais estão empenhados na divulgação dos ‘problemas’ do seu processo de trabalho. Pensando o técnico em radiologia, o seu equivalente acadêmico seria o tecnólogo, que até pouco tempo atrás, não tinha status de graduação, tampouco tem o incentivo para este tipo de produção. Vale destacar as produções de José Luiz Ferreira e Sarita de Oliveira de Ferreira Lopes, sobre a formação e saúde dos trabalhadores técnicos em radiologia, produzidos na EPSJV.

Ainda há muitos desafios para a saúde do trabalhador da saúde, considerando o seu caráter plural e diversificado. Um dos ramos onde mais se emprega mão de obra, a saúde incorpora diversas profissões técnicas e de nível superior, porém, com formas de contratação excessivamente variadas (bolsistas, terceirizados, subcontratados, cooperativados etc), o que dificulta a “negociação de reivindicações entre as diferentes entidades de trabalhadores e gestores. Ada Ávila Assunção levanta as condições de emprego dos trabalhadores da saúde no Brasil:

No Brasil, em 2007, foram registrados 2.566.694 empregos no setor saúde. Entre eles, 56,4% estão no setor público e 43,6%, no setor privado. Quanto à esfera administrativa, a distribuição dos empregos é a seguinte: 4,1% federais; 13,5% estaduais; 38,8% municipais; 24,9% privados, com fins lucrativos; e 18,6% privados, sem fins lucrativos. Cada esfera emprega com regime próprio - Consolidação das Leis Trabalhistas ou Regime Jurídico Único. As mulheres representam quase 80% da força de trabalho em saúde (ASSUNÇÃO, 2011, P.456)

Resta a reflexão de que as ações no campo da saúde do trabalhador ainda estão em construção e com desafios para a sua efetivação, o que pode-se dizer para os desafios que estão postos aos trabalhadores técnicos da saúde, inclusive e especialmente aqui, o técnico em radiologia. Vale chamar atenção para o papel das entidades representativas deste segmento dos trabalhadores.

3.3-Porque a análise em Saúde do Trabalhador é importante?

Mediante o que foi exposto, a análise em Saúde do Trabalhador oferece condições de análise do trabalho não apenas pelo seu conteúdo, mas pelas relações que se estabelecem no e para o trabalho. Ao considerar o saber dos trabalhadores, se é capaz de captar questões que perpassam a análise de segurança de trabalho, mas as reais condições em que o trabalho se realiza nas instituições. Não apenas por estes quesitos, mas por validar o conhecimento dos trabalhadores nas análises a serem construídas.

O serviço dos técnicos em radiologia, que se pretende investigar, são os que estão eminentemente dentro de um serviço de saúde. Este recorte é importante, pois podemos encontrar o técnico em radiologia em outros serviços¹⁰. A escolha para o estudo confere este recorte, para perceber as contradições, relações sociais e condições em que estão inseridos os trabalhadores da saúde e que incide sobre o seu processo de saúde-doença no trabalho.

A escolha pelo campo teórico da saúde do trabalhador se deve à sua relação intrínseca com a análise das relações de trabalho que se estabelecem no capitalismo sob o materialismo histórico dialético. Esta também é uma opção política por compreender que esta escolha tem um lugar dentro da divisão sócio-técnica do trabalho no que tange a estrutura de classes na sociedade do capital.

No livro sobre o “Panorama da Saúde dos Trabalhadores da Saúde” organizado por Jorge Huet Machado e Ada Ávila Assunção (2012), busca olhar para as pesquisas que tem o foco sob o tema de saúde do trabalhador da saúde, acabam por constata que a maioria dos profissionais estudados sejam da enfermagem e médicos, mostra como há um nicho de questões a serem extrapoladas para além destas categorias profissionais. Apontam a necessidade de pesquisas que possam subsidiar políticas públicas para os trabalhadores da saúde, resultando em iniciativas tal como a Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do Sistema Único de Saúde – SUS (Protocolo,008/2011).

“O desafio, então, é avançar na construção de pesquisas que não só indiquem e viabilizem a situação atual, mas que possam indicar caminhos para transformá-la. Nesse sentido, impõe-se a necessidade de se criarem conceitos que funcionem como instrumentos auxiliares nesse processo” (BARROS, SANTOS FILHO e GOMES, 2012,p;30).

¹⁰ Encontramos o Técnico em Radiologia em: a) portos, aeroportos e fronteiras; b) indústria de alimentos; c) recursos hídricos; d) esterilização de objetos médico- cirúrgico; e) aplicações industriais etc.

Para estes autores, trabalhar os conceitos são parte importante para operacionalizar a realidade, como componente que incorpora a força crítica, dando sentido a outras práticas sociais que podem contribuir para a transformação. Conceitos como tecnologia, trabalho, processo de produção, gestão e outros, precisam ser definidos como “caixa de ferramentas conceituais” com potência para produzir uma na torção das práticas que se estabelecem no trabalho em saúde e que tem acarretado agravo na saúde dos trabalhadores (BARROS, SANTOS FILHO e GOMES, 2012).

3.4– Analisando o trabalho em Radiologia sob o prisma do campo da Saúde do Trabalhador.

Como método para esta análise deste campo, baseando o estudo em métodos avaliados por Laurell e Noriega (1989) no livro “Trabalho e Desgaste Operário”, elege-se o Modelo Operário Italiano (MOI) de análise. Os autores argumentam que, apesar de limites no desenvolvimento do método, o mesmo traz uma questão ‘cara’ ao campo da saúde do trabalhador que é considerar a experiência e o conhecimento dos trabalhadores na investigação dos riscos e na transformação dos espaços.

O MOI foi organizado por operários e profissionais nos anos 60, tendo se tornado uma ferramenta de luta pela saúde, subsidiando as ações do movimento sindical. Para os autores o “Modelo Operário se apresenta antes de mais nada, como um método de produção de conhecimento para a ação operária, num campo reconhecido explicitamente como de confrontação e conflito de classe”. Desta forma, a constituição do método não pressupõe uma neutralidade de posições na relação entre capital e trabalho, mas a assume como prerrogativa de um instrumento de classe para pauta (pautar?) a saúde no trabalho.

A sua forma de ordenamento dos elementos a serem estudados passa primeiro pela **definição do ambiente** como “ o conjunto das condições de produção, nas quais a força de trabalho e o capital se transformam em mercadoria e lucro” (LAURELL e NORIEGA, 1989), assim compreende o ambiente como um meio de valorização. Desta forma quatro grupos são elencados como nocivos à saúde: a) **ambiente fora e dentro da fábrica** – temperatura, iluminação, ruído, umidade e ventilação; b) **fatores de risco característicos da fábrica** – poeiras, gases, fumaças e substâncias químicas, sólidas ou líquidas; c) **fadiga derivada do esforço físico** ; d) **outros fatores que causam fadiga** – ritmos de trabalho, repetitividade, tensão nervosa, posição incômoda e responsabilidade inadequada.

Segundo os autores, esta forma de organizar os elementos parte da experiência dos trabalhadores e do conhecimento científico dos técnicos, o que possibilita criar uma “linguagem comum”. A inovação do MOI está nos quatro conceitos que o suportam: **grupo homogêneo**, a **experiência ou subjetividade operária**, a **não delegação** (são os sujeitos que produzem o conhecimento, não seus representantes) e a **validação consensual**.

A primeira parte do processo parte da percepção dos trabalhadores sobre o que é nocivo à saúde no seu processo de trabalho. Uma forma de transformar essas impressões é “*sistematizar a experiência e convertê-la em patrimônio comum consciente*” baseando-se nos quatro grupos de fatores de risco. O grupo precisa compartilhar das mesmas condições de trabalho e ter laços orgânicos entre si, fazendo a validação consensual dos resultados que reflitam a experiência coletiva (LAURELL e NORIEGA, 1989).

Realizando as medições e registros bioestatísticos, as questões trazidas a fim de quantificá-la, configura-se na segunda fase do processo de investigação. Neste momento se elabora um Mapa de Risco que, não traz apenas o que medir, mas onde e quando medir, pois esta forma coletiva de mapear os riscos agrega não apenas os riscos, mas os lugares específicos onde estes se ocorrem.

Com este instrumento em mãos, a terceira etapa pode se consolidar, através da construção de uma plataforma de reivindicações gerida consensualmente pelo grupo, traçando uma estratégia de luta para alcançar seus objetivos.

Fazendo referência a este modelo, o estudo pretendido não contará com esta mobilização por parte dos trabalhadores por não ser objeto principal do estudo mapear todos os riscos a que estão submetidos os trabalhadores no seu local de trabalho. Na condição de uma dissertação de mestrado e na tentativa de uma aproximação ao campo de conhecimento da radiologia, pretende-se avaliar a partir da percepção dos trabalhadores a relação da qualificação (formal e do trabalho) com suas práticas e segurança no trabalho. Assim, os procedimentos metodológicos da pesquisa seguirão a inspiração do MOI ao considerar que o saber e o conhecimento dos trabalhadores validados, se possível coletivamente, contribuem para um resultado aproximado da percepção dos sujeitos sobre este processo.

Laurell e Noriega (1989), encontram limites no método do MOI pois pode privilegiar a prática em detrimento da teoria, ou seja, como se o vivido fosse a realidade; e colocar a vivência de um grupo como a experiência de uma classe, com dificuldade de extrair questões gerais das particularidades; são questões não refutadas na análise. Mas ainda assim, o método é uma interessante inspiração no que tange ao protagonismo dos trabalhadores.

3.4.1- Porque usar Qualificação e Saúde do Trabalhador ?

Os estudos sobre o trabalho em saúde ou trabalhadores da saúde, tem um foco especial nas disciplinas de nível superior, em especial a enfermagem e a medicina. Constata-se que os trabalhadores destas áreas produzem estudos sobre sua categoria profissional e que, por serem de nível superior, possuem como requisito e possibilidade a elaboração de monografias, dissertações e teses no final de cursos acadêmicos, estes trabalhos sejam dentro do seu campo de atuação. O mesmo não pode ser visto para os trabalhadores técnicos da saúde, que acabam por ser marginalizados nas análises dos espaços ocupacionais, o que pode explicar a pouca produção acadêmica sobre estes trabalhadores.

Desta forma, pode-se pensar que está implícita nesta dinâmica uma questão de qualificação unicamente pela disciplinaridade e também, de hierarquia no trabalho em saúde. Isto mobiliza reflexões a partir do valor atribuído a estes profissionais dentro da estrutura da saúde. Que valor o trabalho técnico possui dentre os serviços em saúde? Até mesmo que validação tem um estudo sobre condições de trabalho em determinado espaço ocupacional que não considera o conjunto dos seus trabalhadores que compartilham momentos do mesmo processo de trabalho? Estas são algumas perguntas que contribuem para justificar relacionar a qualificação com o campo da saúde do trabalhador.

A qualificação de que estamos falando neste estudo não pressupõe ao conjunto de técnicas apreendidas na escola para o trabalho. Entende-se, aqui a qualificação que extrapola o conjunto de técnicas e o saber fazer do trabalhador, mas como sendo um produto social que está inserido nas relações entre capital e trabalho. Esta análise vai ao encontro às mesmas demandas teórico-metodológica da saúde do trabalhador.

Certamente, esta não é uma análise simples, pois requer que se considere diversos determinantes que incidem sobre o estudo das percepções dos trabalhadores sobre a sua formação, seu fazer profissional, suas relações no trabalho e sua subjetividade neste processo.

4- AS PERCEPÇÕES DOS TRABALHADORES SOBRE OS ASPECTOS DA SAÚDE E SEGURANÇA NO TRABALHO.

4.1- O CAMINHO PERCORRIDO

No projeto inicial, estabeleceu-se como método entrevistar trabalhadores técnicos em radiologia e acompanhar sua rotina de trabalho por um curto período de tempo. Pretendia-se, através da observação, compreender a realidade vivenciada por estes trabalhadores, comparando-a posteriormente com as percepções relatadas pelos mesmos nas entrevistas.

Além disso, propunha-se realizar entrevistas com o que chamamos de “informante-chave”; isto é, um trabalhador que atua profissionalmente na formação e/ou na área do trabalho em radiologia com foco especial em proteção radiológica. Esta seria uma estratégia para contrapor as visões de trabalhadores, gestores e formadores dentro do campo da radiologia e, em especial, na temática de proteção radiológica. Esta era a proposta do projeto inicialmente submetido ao Comitê de Ética da EPSJV.

Tal proposta encontrou um obstáculo institucional, pois exigia-se que a instituição a ser investigada tivesse ciência da intenção do pesquisador de realizar sua pesquisa em um determinado setor. Pelo tempo hábil que restava para a realização da pesquisa, avaliou-se a necessidade de adaptações que viabilizassem a execução da pesquisa para a dissertação. Assim, retirou-se a proposta de observação em campo.

Desta forma, nossa opção foi por um questionário eletrônico, possibilitando a constituição de uma amostra que não fosse proveniente de uma instituição específica – já que isto demandaria que o projeto fosse aprovado pelo comitê de ética desta instituição. Outro fator que justificou a adoção do questionário fora a possibilidade de divulgar a pesquisa e contatar participantes *online*.

Desta forma, poderíamos realizar entrevistas com trabalhadores que se dispusessem a concedê-la, somando um total de 5 entrevistas previstas.

Elaborou-se o questionário através da plataforma *Google Docs*, contendo perguntas abertas e fechadas, em um total de 42 questões. Para a divulgação do mesmo, solicitou-se ao Centro de Ensino Técnico Bonsucesso (CETB)¹¹ e ao Conselho Nacional de Técnicos em Radiologia (CONTER) que promovessem o convite de participação na pesquisa em suas respectivas páginas na rede social *Facebook*, o que fora realizado com notado empenho por

¹¹ Uma Escola Técnica, situada no bairro de Bonsucesso, especializada em radiologia industrial. Ministra diversos cursos de especialização, entre Rio e São Paulo, na área de Proteção Radiológica.

parte das instituições. Compreendendo a importância da temática, convocou os trabalhadores para participarem respondendo ao questionário em sua página oficial¹² na internet.

Neste ponto, é imprescindível marcar este estudo em um contexto onde as mídias virtuais estão sendo amplamente debatidas, sobre o seu componente de luta e alienação. A utilização das páginas do *Facebook* destas instituições, mostram como é possível a mobilização das pessoas em torno de um objetivo fato de trabalhadores se mobilizarem e compartilhar a pesquisa, também se constitui um elemento importante de observarmos, já que as respostas dos trabalhadores trazem muitas angústias sobre o trabalho.

O questionário obteve um total de 67 (sessenta e sete) participantes entre o período de 09 de dezembro de 2013 a 03 de janeiro de 2014. Imaginando estes serem os meses de férias e festas de fim de ano, podemos considerar que houve uma procura satisfatória para as datas. Embora a entrevista com os trabalhadores ainda fosse uma meta, apenas 8 pessoas do Rio de Janeiro responderam ao questionário e as que foram contatadas através do e-mail para a entrevista, não responderam ao mesmo. O número de informante chave, se restringiu a apenas 2, dos cinco previstos no projeto, pois os demais encontravam-se de férias no período de elaboração desta dissertação.

Nossos informantes-chave foram: a) o Prof. Dr. Josilto de Aquino, coordenador de especialização no CETB, presidente da *Federación de Radioprotección de América Latina y Caribe* (FRALC) e vice-presidente da Sociedade Brasileira de Proteção Radiológica (SBPR); b) Prof. Dr. Sérgio Ricardo de Oliveira, professor e pesquisador na área de Radiologia na EPSJV e consultor na área de controle de qualidade e programa de garantia com enfoque em Proteção Radiológica. Para fins didáticos o que outrora chamamos de “informante-chave”, na redação deste texto, serão mencionados como “especialistas”.

Neste capítulo, será apresentada a análise dos dados obtidos a partir das respostas dos participantes ao questionário. Além disso, comparar-se-ão tais respostas com as dos especialistas, observando em que medida elas se contrapõem ou reforçam o discurso dos trabalhadores.

4.2-RESULTADOS OBTIDOS

4.2.1-DESCRIÇÃO DA AMOSTRA

O perfil do público que respondeu ao questionário se constituiu em sua maioria (79%) por homens (Tabela 1) com idade entre 26 a 35 anos (Tabela 2), com 5 a 15 anos de

¹² <http://www.conter.gov.br/?pagina=noticiaseid=518>

experiência na radiologia (Tabela 3), sendo 88% não residentes do Município do Rio de Janeiro. Esta faixa etária que respondeu ao questionário, possivelmente pode se explicada por uma questão geracional, ou seja, de jovens e adultos que possuem e fazem uso, pelo menos regularmente, da internet e possuem “facebook”.

Tabela 1- Gênero dos Participantes

Homem	53	79%
Mulher	14	21%

Tabela 2- Idade dos Participantes

18 a 20 anos	0	0%
21 a 25 anos	5	7%
26 a 30 anos	21	31%
31 a 35 anos	19	28%
36 a 40 anos	9	13%
41 a 45 anos	7	10%
46 a 50 anos	5	7%
51 a 55 anos	0	0%
mais de 55 anos	1	1%
Outros	0	0%

Tabela 3- Tempo de Atuação na Radiologia

até 1 ano	6	9%
2 a 5 anos	18	26%
6 a 10 anos	26	38%
11 a 15 anos	6	9%
16 a 20 anos	5	7%
21 a 25 anos	1	1%
26 a 30 anos	2	3%
31 a 35 anos	1	1%
Outros	2	3%

4.2.2- SOBRE A FORMAÇÃO

Nas questões em que se discute a formação profissional, 93% dos participantes fizeram o curso em escola privada (Tabela 4) com duração entre 1 ano a 2 anos (Tabela 5). Os estágios duraram em torno de 6 meses a 1 ano (Tabela 6), e indicaram a atuação nestas especialidades técnicas eminentemente no trabalho em raio-x com 47% (Tabela 7).

Tabela 4- Origem da Formação Técnica

Pública Municipal	0	0%
Pública Estadual	3	4%
Pública Federal	2	3%
Privada	62	93%

Tabela 5- Duração do Curso Técnico

até 6 meses	0	0%
entre 6 meses - 1 ano	1	1%
entre 1 ano - 1 ano e 6 meses	4	6%
entre 1 ano e 6 meses - 2 anos	39	58%
mais de 2 anos	16	24%
Outros	7	10%

Tabela 6- Duração do Tempo de Estágio

até 6 meses	27	40%
entre 6 meses e 1 ano	27	40%
entre 1 ano - 1 ano e 6 meses	4	6%
entre 1 ano e 6 meses - 2 anos	0	0%
mais de 2 anos	1	1%
Outros	8	12%

Raio X	65	47%
Mamografia	11	8%
Densitometria óssea	12	8%
Hemodinâmica	3	2%
Radioterapia	4	3%
Ressonância Magnética	3	2%
Tomografia	31	23%
Medicina Nuclear	5	4%
Outros	4	3%

Os profissionais indicaram suas especializações, as que são realizadas pós-curso técnico, para ‘habilitar/especializar’ em uma técnica específica no campo da radiologia em: Raio-x (32%); Tomografia (25%); mamografia e densitometria óssea (10%); Hemodinâmica, Radioterapia, Ressonância magnética (4%,5%,56%); Medicina Nuclear (1%) e Outros (10%).

Raio X	43	32%
Mamografia	13	10%
Densitometria óssea	13	10%
Hemodinâmica	5	4%
Radioterapia	6	5%
Ressonância Magnética	7	5%
Tomografia	33	25%
Medicina Nuclear	1	1%
Outros	13	10%

Quando marcaram a opção classificatória sobre a importância que seus cursos técnicos tiveram no tema saúde e segurança, 40% classificaram o conteúdo como satisfatório e excelente (Tabela 9). Porém, no campo designado a comentar a resposta, os que não se sentiram satisfeitos com a sua formação (60%), apontam o despreparo de professores, superficialidade no conteúdo ministrado e limitações do curso técnico em geral. Para os que se sentiram satisfeitos, enfatizaram a necessidade de constante atualização do conteúdo

através de cursos, participação em palestras e simpósios sobre o tema. Apesar disto, 48% consideraram que na prática profissional foi onde tiveram a sua melhor formação sobre o tema de saúde e segurança, 27% no curso técnico, 13% nos cursos de especialização e 12% no estágio(Tabela 10).

Inexistente	6	9%
Deficiente	3	4%
Regular	19	28%
Satisfatório	27	40%
Excelente	11	16%
Outros	1	1%

Curso de Formação Técnica	18	27%
Curso de Especialização	9	13%
Estágio	8	12%
Prática profissional em serviço	32	48%

Podemos observar como o trabalho ainda é um grande agente formador destes profissionais, no que tange não apenas a prática profissional, como a temática de proteção radiológica. Os especialistas indicam que o tema da Proteção Radiológica, deve ter seu conteúdo atualizado, pelo menos anualmente pelos trabalhadores, quer seja na instituição, como fora dela. No interior do serviço, isto ganha um status de treinamento profissional. O professor Sérgio Ricardo, aponta em sua entrevista, a experiência do trabalho que ele desenvolve em um hospital particular do Rio de Janeiro e como o treinamento é um diferencial para as práticas dos trabalhadores e adesão dos mesmos com os cuidados da Proteção Radiológica. O treinamento - que é realizado no hospital onde o entrevistado realiza

a consultoria - não apenas os trabalhadores técnicos se beneficiam, mas a equipe que trabalha junto à radiologia, como a enfermagem, por exemplo.

“O treinamento não pode ser maçante. Trazemos profissionais que abordem temas sobre proteção radiológica. Quando a gente quer mudar algum procedimento, com o treinamento, os trabalhadores conseguem perceber como as medidas são necessárias”.

O Professor Josilto aponta os motivos para uma constante atualização no conteúdo da Proteção Radiológica:

A proteção radiológica é uma área multidisciplinar. Ela entra na área médica, industrial, engenharia, nas áreas de biomédicas, bimedica. Ela não se restringe a só uma determinada área, ela é multidisciplinar. E um profissional, seja em que área ele atue, ele precisa estar atualizado. A Proteção Radiológica ela está sempre se atualizando, se renovando. Desde 1950, que houve as bombas de Hiroshima e Nagasaki, se estudam os efeitos biológicos. Sempre houveram, mas com este grande número de pessoas expostas (...) para dados estatísticos, você precisa ter um volume de informações e na bomba, você começou a ter estes dados. Outros eventos de Chernobyl e o acidente de Goiânia também. Os dados, todas as informações conhecidas, foram importantes para saber os limites de público e tudo. Quem estuda, segundo as normas da CNEN13, você tem que se atualizar uma vez ao ano, nem que seja revisitando o que você já estudou. Isso contribui para segurança do trabalhador, do público e do meio ambiente”.

Sobre a influência da formação para a participação nas instâncias políticas do CONTER ou do seu local de trabalho, 54% dos que responderam ao questionário apontaram positivamente para este processo (Tabela 11). A importância desta participação está na mobilização dos trabalhadores em prol de melhores condições de trabalho no serviço e como uma forma de empoderar os Conselhos que devem acolher as demandas dos trabalhadores, para alimentar a pauta de prioridades de luta em prol das necessidades que decorrem do processo de trabalho. Quando se trata de “instâncias políticas”, se faz alusão a questão da participação dos trabalhadores apoiando os Conselhos, as representações de trabalhadores em qualquer esfera. O engajamento ou participação dos técnicos nestes espaços, pode contribuir para a sua formação política, para o debate e o conhecimento das questões do mundo do trabalho, qualificando seu saber sobre o que circunda o fazer profissional a nível micro e macro.

Tabela 11- A formação encorajou a participar nas instâncias do CONTER ou do Trabalho?

Sim	36	54%
Não	31	46%

¹³ CNEM- Conselho Nacional de Energia Nuclear

Em entrevista, os especialistas apontam como é importante o engajamento político, como técnico científico refletido na constante atualização do conhecimento. Não é próprio da formação instruir sobre formas coletivas de buscar soluções e melhorias das condições de trabalho. Isso ainda é feito de uma forma muito isolada pelos trabalhadores, em geral, há um receio de parecer “ um problema” para instituição, é o que aponta Sérgio Oliveira. O Professor Josilto ressalta que:

“O engajamento político é importante, mas se ele não tem nenhum perfil para isso, ele precisa contribuir com seu conselho de classe, para ele se ver representado por instituições que pensam como ele. É uma coisa importante, não para arrumar problemas, para ver seus interesses. (...) Quando no trabalho as condições de proteção radiológica não estão sendo atendidas, ele pode passar isso adiante. Se ele não for atendido, ele pode passar para uma associação para que se faça representando. É engajamento, ou participar de assembleias e etc.”.

Outro dado importante do estudo, aponta que 61% dos pesquisados cursava ou cursaram o Ensino Superior (Tabela 12), isto não seria uma dado surpreendente dado que o tecnólogo em radiologia é uma formação a nível de 3ª grau. Mas as especialidades cursadas apontavam uma grande diversidade de áreas de estudos - ciências biomédicas ou equivalentes na área como: gestão hospitalar, enfermagem, tecnólogo em radiologia, saúde coletiva, fisioterapia, biologia - ciências humanas como: jornalismo, direito, geografia, pedagogia - e ciências exatas como: física, matemática, logística. Os indivíduos constroem suas trajetórias com as oportunidades que aparecem. Não é possível dizer o porque desta variedade, mas pode-se inferir que estar técnico em radiologia possa ter sido uma forma de garantir seu sustento inicialmente, para buscar a formação desejada.

Tabela 12 -Cursa ou cursou ensino superior?		
Sim	41	61%
Não	26	39%

4.2.3- ATUAÇÃO PROFISSIONAL

Pode-se observar que há uma predominância destes profissionais nas instituições públicas com 51% e 41% nas instituições privadas (Tabela 13), sendo estas no setor saúde com 62% atuando em hospitais e 19% na clínica médica (Tabela 14). Afirmam que 64% que sua jornada de trabalho são de 24hs discriminadas na Lei 7.394/85 que regulamenta a profissão (Tabela 15).

Tabela 13-Tipo de Instituição que atua

Pública	38	51%
Privada	31	41%
Capital misto	2	3%
Outros	4	5%

Tabela 14- Área de Atuação

Aeroporto	0	0%
Clínica médica	14	19%
Consultório Dentário	0	0%
Hospital	45	62%
Laboratório de diagnóstico por imagem	4	5%
Indústria	1	1%
Policlínica	2	3%
Outros	7	10%

Tabela 15- Carga Horária de Trabalho

12h	2	3%
24h	43	64%
36h	11	16%
48h	4	6%
Outros	7	10%

4.2.4- DOENÇAS PROFISSIONAIS

Sobre os riscos a que estão submetidos no trabalho, destacam a radiação (38%), o risco biológico (26%), físico (17%) e químico (15%). Estes últimos em decorrência de lidarem com pacientes nos hospitais em diversos níveis de patologias e pelo próprio manuseio dos equipamentos (Tabela 16).

Tabela 16 - Tipo de Risco que está submetido no Trabalho

Biológico	41	26%
Físico	26	17%
Químico	23	15%
Radiação	59	38%
Outros	6	4%

Um dado importante que os especialistas trazem é que hoje, para a área da saúde, o risco efetivo para procedimentos com radiação são apenas dois - procedimentos dinâmicos e hemodinâmica - como aponta Sérgio.

“Risco efetivo para os profissionais que eu vejo muito claramente, são procedimentos no centro cirúrgico com equipamento dinâmico e procedimentos na hemodinâmica¹⁴”. O raio-x, em geral tem seus biombo de proteção, que se estiverem dentro da norma, dentro da legalidade o risco é praticamente zero (...) ou nas salas de hemodinâmica. Procedimentos cardíacos como colocar “Stents”, aneurisma, cateterismo,esses você precisa de tempo contínuo de exposição. Ex: cirurgia de coluna, que demora 9hs. (...) tem procedimentos que o paciente fica de 20 a 40 minutos de exposição pulsada e tal”.

Sobre a questão de segurança no trabalho (Tabela 17), 76% afirmam que na instituição pública estão as maiores falhas no quesito saúde e segurança no trabalho. Apontam como problemas os aparelhos antigos e sucateados, falta de Equipamento de Proteção Individual (EPI), carga horária extensa (lê-se horas extras), falta ou negligencia na fiscalização, chefias despreparadas para o cargo (em geral quando são indicação política, no caso do setor público) e burocracia que torna lenta os processos de mudança. Sobre as instituições privadas, as resposta do questionário revelaram que eles possuem equipamentos mais modernos, uma manutenção preventiva, que as normas da ANVISA são atendidas, a fiscalização é regular e os EPI em boas condições de funcionamento.

Tabela 17 - Onde há mais falhas no quesito saúde e segurança no trabalho

Serviço público	51	76%
Serviço privado	16	24%

¹⁴ “É uma sala tipo centro cirúrgico. O médico vai estar vestido esterilizado, assim como o técnico. O diferencial é que se tem um arco, um equipamento com uma potencia maior em relação ao que funciona no centro cirúrgico que são pra pequenas imagens (tipo ortopédica ou que necessita de menos detalhes). Quando você precisa de mais detalhes, (tipo coração), você vai pra sala de hemodinâmica. Esse equipamento é fixo na sala, mas ela consegue rodar, mover melhor” (Sérgio Ricardo).

Associado a isto, 58% afirmam que os equipamentos com que trabalham, oferecem riscos a sua saúde (Tabela 18). Mais uma vez, os trabalhadores apontam além dos riscos da radiação, dos componentes químicos, físicos e biológicos, questões de ordem psicológica e ergonômica. Reclamam do excesso de pedidos de exames que intensificam o trabalho, cooperando para o aparecimento de doenças osteomusculares, como as LER/DORT. Insistentemente, a questão das condições de trabalho oriundas da manutenção dos equipamentos e dos EPIs, são fortemente reiterados em vários momentos do questionário. Percebe-se que estes trabalhadores convivem com a sensação de risco muito presente, o que não necessariamente é afirmado pelos especialistas em proteção radiológica. O discurso da proteção, garante 100% de eficácia em seus métodos, porém, na ordem do cotidiano do trabalho nas instituições, estes trabalhadores vivenciam a carga de trabalho física e psíquica sobre uma exposição eminente pelas más condições de trabalho. Fica o questionamento se esta sensação do risco é real ou ela é fruto de um desconhecimento sobre a eficácia dos meios de proteção existentes no trabalho.

Tabela 18- Os equipamentos que trabalha oferecem risco à Saúde?

Sim	39	58%
Não	28	42%

O Professor Sérgio revela como se realiza a manutenção na instituição pública e privada:

(...) manutenção está associado à empresa que vendeu. São equipamentos muito sofisticados, com detalhamento técnico muito grande, fica muito preso a estrutura técnica do equipamento. A gente tem dificuldade muito grande, porque se depende da empresa, dessa manutenção para isso.

(...)

Quando se tem equipamentos mais antigos, você pode ter uma outra estrutura. O que a ANVISA determina, é que esses equipamentos tenham vida útil de funcionamento. Ela vai estar associada ao seguinte: por um período a empresa tem obrigatoriedade de fazer manutenção, depois outro período de obrigatoriedade de peça e depois tem o “*end of life*”, quando não se tem mais obrigatoriedade de fabricar mais nada. Isso pode levar 10, 15 anos. Depois de 15 anos o equipamento com você é seu problema. A manutenção tem 3 tipos: Você depende da empresa com um contrato de manutenção, ou Você não tem contrato e só chama quando precisa ou trabalha com uma empresa de pequeno porte que vai fazer a manutenção corretiva. Quando eu digo que Você efetivamente tem problema nos dois, é porque a estrutura clínica ou hospital, ela precisa de um ganho alto, porque a manutenção é cara. Adquirir um equipamento de 40 mil dólares, você tem um custo de dois mil por mês. Isso adicionado aos custos que Você já tem de luz, encargos, trabalhadores etc. Você trabalha com isso sabendo que tem que fazer esse ganho para compensar. No serviço

público, você sabe que você não tem esse ganho, Você tem que entrar mais um custo. Você sabe que esse custo vai para 4 mil, etc.

Apesar destes dados, 88% afirmam não possuir doença ocasionada ou agravada pelo trabalho (Tabela 19). Os outros 12% apontaram dores na coluna, na vista, anemia e estresse . Vale indagar sobre a existência e/ou regularidade do exame periódico nestas instituições, que possa avaliar corretamente os sintomas e investigar suas origens. Se há algum receio sobre uma doença oriunda do trabalho futuramente, 62% afirmam que possuem (Tabela 20). Entre as doenças citadas estão: cunho biológico- tuberculose; ligadas à radiação – câncer, tumores, leucemia, doença dos olhos; osteomusculares- hérnias de disco, assim como outras LER/DORT; e as doenças psicossomáticas foram abordadas.

Tabela 19- Doença ocasionada ou agravada pelo trabalho em radiologia

Sim	8	12%
Não	59	88%

Tabela 20 - Receio de contrair, desenvolver ou agravar alguma doença por conta do trabalho

Sim	41	61%
Não	26	39%

Interessante observar, como boa parte das situações estão ligadas ao processo de trabalho, com a intensificação do mesmo e de como ele se organiza em cada lugar. Supostamente, não se espera que trabalhadores que lidam com radiação, mencionem as LER/DORT. Ainda vale ressaltar como as doenças psicossomáticas são levantadas pelos trabalhadores, o que é da ordem da organização do Trabalho. Posteriormente aprofundaremos uma análise, sobre os “usos de si”, uma categoria analisada por Yves Schwartz e tão bem trabalhada no texto de Brito et al. (2011) apontando como a organização do trabalho traz muitas exigências, não apenas físicas, mas psíquicas aos trabalhadores.

Sobre a monetarização do risco pelo adicional de insalubridade, apenas 79% disseram que recebiam e 84% assinalam que este valor não compensa o risco à sua saúde (Tabelas 21 e 22). Como justificativa, pautam-se que “saúde não se compra”, além da remuneração ser baixa e em um eventual acometimento de saúde por conta do trabalho, o adicional não conseguiria custear um tratamento, em especial se for câncer.

Tabela 21 - Recebe adicional de Insalubridade		
Sim	53	79%
Não	14	21%

Tabela 22 - A insalubridade recebida, compensa o risco?		
Sim	10	16%
Não	54	84%

Perguntados se conhecem algum colega de profissão e/ou de trabalho que desenvolveu alguma doença relacionada ou agravada pelo trabalho na radiologia, 39% respondem positivamente (Tabela 23) . Entre os mais citados estão os câncer (de pele, mama, cólon), esterilidade, dermatites, tumores, leucemia, anemia, tuberculose e tireoide. O Professor Josilto lembra que o exame periódico é uma ferramenta importante para indicar que o nível de exposição à radiação está dentro dos padrões, ou seja, negativa. O mesmo lembra que estamos todos expostos à radiação, seja ela produzida ou natural e, que poderemos ter uma doença independente deste contato direto com o mesmo. Assim, um exame periódico poderia mostrar se a doença apresentada, em geral, com anos de radiologia, é decorrente do processo de trabalho ou não.

Tabela 23 - Conhece algum profissional que desenvolveu ou agravou doenças pelo trabalho em radiologia?		
Sim	26	39%
Não	41	61%

4.2.5 – AVALIAÇÃO DOS RISCOS NO LOCAL DE TRABALHO

Em um determinado momento do questionário, os trabalhadores deveriam classificar o risco¹⁵ que determinados elementos do processo de trabalho, impactavam sua saúde e segurança no serviço. A classificação seguia a escala de “não representa risco”, “risco leve”, “risco moderado”, “risco alto”. Todos consideraram “risco alto a moderado” para os equipamentos obsoletos, falta de manutenção dos equipamentos, falta de conhecimento da equipe sobre o risco, infra-estrutura do ambiente de trabalho e EPIs inadequados ou inexistentes. (Tabelas 24, 25, 26, 27, 28). Perguntados se haveria algum outro risco a ser apontado, lembraram dos agentes químicos; das chefias e colegas desqualificadas/despreparados para a proteção radiológica; intensa rotina de trabalho com manipulação de pacientes e muitos exames, o que os leva a se descuidarem dos cuidados com a sua própria proteção na condução do serviço.

Tabela 24 - Equipamentos Antigos e Obsoletos

Não representa risco	5	7%
Risco leve	4	6%
Risco moderado	15	22%
Risco alto	43	64%

Tabela 25 - Falta de Manutenção nos Equipamentos

Não representa risco	1	1%
Risco leve	2	3%
Risco moderado	9	13%
Risco alto	55	82%

¹⁵ Apesar do Campo da Saúde do Trabalhador utilizar o conceito de ‘cargas’ de Laurell e Noriega (1989), no questionário, para facilitar a compreensão dos entrevistados, manteve-se a palavra ‘Risco’.

Tabela 26 - Falta de conhecimento da equipe sobre o risco

Não representa risco	3	4%
Risco leve	5	7%
Risco moderado	12	18%
Risco alto	47	70%

Tabela 27 - Infra-estrutura do Ambiente de Trabalho

Não representa risco	2	3%
Risco leve	3	4%
Risco moderado	24	36%
Risco alto	38	57%

Tabela 28 - Equipamento de Proteção Individual (EPI) inadequado ou inexistente

Não representa risco	3	4%
Risco leve	2	3%
Risco moderado	4	6%
Risco alto	58	87%

Como lembra o professor Sérgio, o trabalho no Hospital é mais intenso para o técnico em radiologia. A rotina de trabalho, implica que o trabalhador vá ao CTI, para fazer uma radiografia do pulmão dos pacientes, que por estarem acamados, correm o risco de sofrer uma infiltração pulmonar. O que isso implica? Que o mesmo se desloque do seu setor, carregando os chassis radiográficos (que em geral pesam 5kgs), além do avental de chumbo que é igualmente pesado. Se o Hospital tiver um número de leitos altos, lembrando que a maioria dos entrevistados são trabalhadores de instituições públicas, logo inferimos que possua mais de 10 leitos, este trabalhador tem que se deslocar sobrecarregado. Ao fazer o procedimento no leito, o trabalhador ainda precisa agir de forma a se preservar, a preservar a equipe que atua no setor e aos outros pacientes. São demandas que exigem um rigor e perícia para lidar com as variabilidades dos setores. Além disso, a instituição não está preparada para oferecer o

suporte necessário para que as condições de Proteção Radiológica se operacionalizem. Na tentativa de minimizar o esforço, os trabalhadores acabam por abrir mão das condições necessárias para a sua preservação.

No Hospital que o Professor Sérgio realiza a consultoria, a equipe técnica se organiza para operacionalizar que o trabalhador possa garantir esta proteção não apenas da radiação, mas da sobrecarga. Ele lembra que se comprou um carrinho para o transporte do avental e dos chassis, mas que está se viabilizando de que o avental de chumbo permaneça no CTI, para que o trabalhador não precise deslocá-lo todos os dias. Infelizmente, percebe-se que esta não é uma realidade da grande maioria dos lugares. Há de se ter vontade do Gestor para estar atento a essas necessidades.

Segundo a Lei 7.394/85 que regulamenta a profissão dos técnicos em radiologia, não se estipula férias especiais para os profissionais, porém a Lei n.ª 1.234/50 que “Confere direitos e vantagens a servidores que operam com Raios X e substâncias radioativas”, no seu Artigo 1º, assegura o direito a 20 dias consecutivos de férias a cada semestre de atividade profissional. Sendo assim, os técnicos em radiologia da União teriam direito as férias especiais, por isso apenas 27% afirmaram fazer as férias neste regime. Os trabalhadores regidos pela CLT ou de servidores do município e do Estado, possuem as férias normais de 30 dias. Somando-se a isto, estes trabalhadores costumam ter 2 até 3 empregos, 64% declaram não fazer uso das férias, em ambos os locais de trabalho, ao mesmo tempo (Tabelas 29 e 30).

Tabela 29 - Férias de 6 em 6 meses, conforme a lei?		
Sim	28	42%
Não	39	58%

Tabela 30 - Se trabalha em mais de um lugar, consegue tirar as férias nas duas instituições ao mesmo tempo?		
Sim	19	36%
Não	34	64%

Pedimos para que os pesquisados avaliassem elementos da estrutura do serviço de radiologia em “deficiente”, “regulares”, “satisfatório” e “excelentes”. Sobre as condições de funcionamentos dos equipamentos, a média foi de 39% consideraram satisfatória, 30% regulares e 18% deficientes (Tabela 31). Sobre a estrutura do serviço de radiologia, 33% consideraram satisfatória, 36% regular e 16% deficiente (Tabela 32).

Tabela 31 - Avaliação dos equipamentos de onde trabalha

Deficientes	12	18%
Regulares	20	30%
Satisfatórias	26	39%
Excelentes	9	13%

Tabela 32 - Avaliação sobre a estrutura do serviço de radiologia

Deficiente	11	16%
Regular	24	36%
Satisfatória	22	33%
Excelente	10	15%

Sobre a monitoração ocupacional através do uso de dosímetros, 28% classificaram como excelentes, 30% satisfatório, 24% regular (Tabela 33). No que se refere às condições dos equipamentos de proteção individual, 45% avaliaram como satisfatória, 21% regulares e 15% como deficientes (Tabela 34). Sobre o treinamento periódico no serviço, 51% afirmaram ser inexistente (Tabela 35).

Tabela- 33 - Avaliação da monitoração ocupacional (dositometria) no trabalho

Inexistente	6	9%
Deficiente	6	9%
Regular	16	24%
Satisfatória	20	30%
Excelente	19	28%

Tabela 34 - Condições dos equipamentos de proteção individual

Inexistentes	4	6%
Deficientes	10	15%
Regulares	14	21%
Satisfatórias	30	45%
Excelentes	9	13%

Tabela 35 - Avaliação do Treinamento Periódico

Inexistente	35	52%
Deficiente	9	13%
Regular	12	18%
Satisfatório	8	12%
Excelente	3	4%

O professor Josilto aponta como funcionam, no país, os procedimentos para a calibragem dos dosímetros e medidas de proteção radiológica.

Para você ter um equipamento calibrado, você tem hoje mais de 10 laboratórios que fazem isso. Esse equipamento é calibrado a cada dois anos. Eles recebem uma etiqueta (ele mostra o equipamento). Os laboratórios recebem uma autorização do CNEN. Esses laboratórios são autorizados para fazer isso. (...) No Brasil se faz as coisas muito sérias. Se o dosímetros não registra nada, tá certo. Porque se trabalhou bem e a dose não foi suficiente para sensibilizar o dosímetro. Dizer que não funciona, é óbvio, como no raio-x- nunca dá dose. Aí como não dá nada, o técnico acha que não funciona. Por conta disso muitos, expõe o dosímetro inadequadamente e dá uma dose de radiação nele. Depois chega a informação que tomou dose, porque tá lá sempre 0, 0, ele acha que o equipamento não tá funcionando.

Perguntados sobre o que deveria haver no espaço de trabalho para garantir a saúde e segurança, a grande maioria das respostas apontavam para ‘treinamento aos trabalhadores’, cumprir o que é determinado nas normatizações da área - pela ANVISA ou Comissão Nacional de Energia Nuclear (CNEN) - incluindo maior rigor com as fiscalizações. Reforçam a ideia de que necessita também de melhores condições de trabalho, que também pode ser materializado pela manutenção nos equipamentos e novos EPIs. A maioria dos trabalhadores, cerca de 96%, apontaram que o treinamento em serviço seria necessário ao seu local de trabalho (Tabela 36).

Tabela 36- O treinamento em serviço sob saúde e segurança no trabalho seriam necessários no seu local de trabalho?

Sim	64	96%
Não	3	4%

Sobre a questão do treinamento em serviço, o entrevistado Sérgio avalia o que deve existir dentro da área de radiologia para o bom funcionamento do serviço dentro das normas da Proteção Radiológica.

“(…) de uma maneira geral, um excelente diálogo com todos da equipe, criando uma cultura do diálogo, amizade, orientação em relação aos problemas, o ser profissional. Noção da responsabilidade do que você faz e que os outros fazem. A questão do aprimoramento destes profissionais, com cursos etc. Para que eles vejam as novidades. Equipamentos novos, técnicas novas para que eles aprendam, trazendo isso para eles. A gente precisa ter algumas pessoas que vão alinhar estas costuras, porque eles trabalham em dias alternados, você tem que ter no profissional que trabalha todo dia, tem que captar essas demandas. A figura de um coordenador também é fazer isso. Devem ceder a instituição e empresa, para que a estrutura funcione, sem prejuízo pros trabalhadores.

4.2.6- AVALIAÇÃO SOBRE O CONSELHO

Sobre a filiação dos trabalhadores ao Conselho dos Técnicos em Radiologia-CONTER, 93% se dizem filiados a ele (Tabela 37). Porém sobre a avaliação do conselho na fiscalização e na formação dos técnicos em radiologia 36% marcaram como deficiente, 31% como regular e 21% como satisfatório (Tabela 38). Embora esta não seja uma função do conselho, que seria de fiscalizar o exercício ilegal da profissão.

Tabela 37 - Filiação no Conter

Sim	62	93%
Não	5	7%

Tabela 38 - Avaliação sobre o desempenho do Conter na Fiscalização e na formação dos Técnicos em Radiologia

Inexistente	6	9%
Deficiente	24	36%
Regular	21	31%
Satisfatório	14	21%
Excelente	2	3%

Os técnicos comentaram esta pergunta dizendo que há problemas na formação e nos serviços, não veem fiscalização alguma e que o número de fiscais deveria aumentar e descentralizar dos grandes centros. Reclamam de invasão de outros profissionais na área da radiologia, que o contato com o conselho é dificultado pela lentidão nas respostas solicitadas.

De acordo com o Professor Josilto, como citado anteriormente, é vice- presidente da Sociedade Brasileira de Proteção Radiológica (SBPR) chama atenção sobre a não participação do CONTER como representante deste segmento de trabalhadores que lidam com a radiação no seu fazer cotidiano.

A FRALC- Federación de Radioprotección de América Latina y el Caribe e a SBPR, elas não tem cunho político. Claro que a SBPR participa na elaboração de normas técnicas no CNEM, dando contribuições em assuntos ligados a questões de proteção radiológica. Ela é formada por sócios que estão interessadas no mesmo assunto. Nós estamos dando voz a mais de 300 associados no país.

(...)

O CONTER é uma organização classista que representa todos os conselhos regionais de técnicos em radiologia. Até onde eu sei, ele não tem participado da elaboração de normas técnicas. Faz o trabalho dele.

(...)

No Brasil existe 92mil técnicos fora os estudantes. O CONTER poderia se fazer presente na elaboração de normas técnicas, para representar estes 92 mil técnicos. Ele tinha que ter um papel mais atuante no ponto de vista de proteção radiológica sim. Claro que a visão dele é fiscalizar a profissão, o exercício ilegal da profissão. Mas em paralelo, não tenha dúvida que ele poderia contribuir mais, sim.

O Professor Sérgio também aponta para as deficiências do CONTER no trato da questão de Proteção Radiológica.

“O pouco contato que eu tenho, eu acho que eles tem preocupação sim, mas é uma preocupação para dizer que eles estão olhando. Porque depende de uma fiscalização que eles não fazem. Eles podem fazer, mas não fazem. Pelo fato de não terem um papel punitivo, eles não fazem. Mas eles poderiam atuar denunciando a vigilância ou orientando ao trabalhador. O papel deles poderia ser mais enérgico em relação a isso. Efetivamente o conselho não tem pernas ou competência para atuar nisso. Eles podem perguntar e orientar. Que medidas tomar, este é um papel importante pro conselho. (...) uma forma de disseminar o conhecimento de uma lugar pro outro, integrar os resultados das instituições. O que eu faço, poderia ser algo que seria bacana em outras instituições. Eu não posso fazer, mas outros profissionais podem fazer.

(...)

Eu fui a um evento deles, e eu não vi nada dessa área de Proteção Radiológica. Não tinha ninguém palestrando nesse sentido. Já que há muitas coisas na legislação que apontam para Proteção Radiológica.

4.3 – OUTROS DADOS DA ENTREVISTA

As entrevistas caminharam para análises de conjuntura, como o campo de conhecimento sobre a Proteção Radiológica estar em voga hoje. Josilto avalia que isso se deve ao aumento do uso das radiações ionizantes e o receio de que elas sejam utilizadas para terrorismo em grandes eventos. “O foco atual é o Brasil”, declara.

Sobre a atuação do CONTER, ainda enfatiza que o conselho precisa da participação dos trabalhadores para fortalecer as ações.

Quem conduz os serviços, quem dá o foco são os representados. Se eles não falarem nada para o CONTER, para orientar o próprio CONTER, não vai mudar muita coisa. O CONTER dá suporte através de resoluções aos conselhos regionais, para que estes sim possam fiscalizar em suas regiões. Se o trabalhador verifica se há alguém no serviço de radiologia atuando ilegalmente, ele tem obrigação de falar a regional, se não der em nada, ele deve sim se reportar ao CONTER e este ir lá fiscalizar. Quanto à proteção, seria um algo a mais, um "plus". O foco é verificar o exercício ilegal da profissão. Se um profissional ver algo errado do ponto de vista da PR, deve denunciar a dois setores: CNEM, se for ligado a área médica radioterapia ou medicina nuclear ou qualquer setor da indústria e pesquisa. Mas se for ligado à saúde, a diagnóstico médico e odontologia, deve se reportar a ANVISA. Claro que ele pode fazer contato ao CONTER que pode reportar a ANVISA.

Perguntados sobre a lei que 7.394/85 que regulamenta a profissão de Técnico em Radiologia, que no artigo 14 preconiza a jornada de trabalho de 24 horas semanais e férias a cada seis meses, tem nesta medidas uma forma de contribuir com a saúde dos trabalhadores minimizando o tempo de exposição que eles teriam. Questionou-se se com o avanço tecnológico e técnico científico que há nos equipamentos e na forma de organizar o serviço, estes apontamentos da lei seriam realmente necessários. As respostas de ambos caminharam ao encontro de que não seriam, mas atribuíram justificativas distintas para tal. Para um a lei é um "luxo" que atrapalha o mercado de trabalho para o técnico, para o segundo, essa prerrogativa da lei deveria ser mantida como proteção não ao equipamento, mas à organização do trabalho.

Olha, essa lei foi criada em 1985, regulamentada, publicada. Ela levou 12 anos em estudo e tal. Antes do acidente e de acontecer muita coisa, ninguém conhecia muito sobre o tema de proteção radiológica. Antes dela ser publicada, se achava que tudo que tinha radiação era perigosa. Essa lei é um "luxo" para quem trabalha na área. Com o avanço, com o conhecimento que se tem hoje, como você bem disse aí e o conhecimento que se tem hoje, essa lei é inaplicada. Ela atrapalha a profissão dos técnicos e tecnólogos em radiologia. Você dar férias a cada seis meses sabendo que ninguém recebe dose de radiação quando se trabalha adequadamente, em especial no setor odontológico e raio- x médico, só se recebe dose quem quer. Se você for segurar um paciente, você vai receber uma pequena dose. Mas isso não é o procedimento adequado. Só faz isso quem quer, porque é inadequado. Porque você deliberadamente quis receber dose. Em condições normais, ela atrapalha. Ela dá 24hs, no final das contas ele tem 2 ou 3 empregos. Se a finalidade era proteger o trabalhador...é uma dicotomia muito grande. a lei é para proteger, mas ninguém trabalha as 24hs. A lei na prática não protege e só vê prejudicar. Quando você vai para área de radioterapia, medicina nuclear, área de pesquisa, na indústria, quando vê assim...24hs? eu não posso contratar. Aí prefere contratar outra pessoa que vai trabalhar as 40 horas pelo mesmo custo. E todo mundo, e de fato, a proteção radiológica é muito mais segura, porque o que você usa no raio-x odontológico e médico? você fica atrás de um biombo. Você não recebe dose. Essa lei não protege, atrapalha". (Josilto de Aquino)

“Grande pergunta. Levando para questão do trabalho, da política, da orientação à política de Proteção Radiológica ,quando ela foi colocada dentro da legislação é que o técnico trabalhasse 24 horas. Ela não é para ele fazer isso de uma vez só, ou de 12 em 12 como se faz plantão assim.. A ideia era minimizar a exposição diluindo ela ao longo da semana. Dizer que você vai fazer uma exposição única e depois que você só vai fazer na outra semana, isso é concentrar em um dia e depois fazer em um outro dia na semana seguinte. A visão da Proteção Radiológica era para diluir desta forma, o que não acontece. Isso possibilita trabalhar plantão de 12 e 24. Pelo baixo salário, ele acaba trabalhando em 3 lugares diferentes. Somando, ele trabalha mais de 40 hs somando tudo isso. É um profissional exposto excessivamente. Quando nós, profissionais da área discutimos, uma coisa que eu coloco, é que considerando toda estrutura e política de proteção, essas 24hs não seriam necessárias. Mas se eu não posso dizer isso, porque os médicos iriam querer contratar todo mundo 40hs com o mesmo salário, explorando o trabalhador. Claro, que se ele trabalha mais, ele não ganharia o mesmo salário. Tem essas brigas. **Outra coisa que a gente também observa, que a fadiga e o descuido, resulta em uma exposição. Então a gente recai no problema que as 40 horas são um problema. Olhando pros dispositivos e equipamentos sim, mas olhando pro trabalhador, a fadiga e o descuido..aí se pensa. (...) Pensando no trabalhador, ele pensa que trabalhar 24hs é bom porque ele pode acumular.**

Se referindo as férias, efetivamente apenas os trabalhadores do serviço público é que tiram estas férias, a CLT tem só 30 dias de férias. Eu não tenho certeza sobre o municipal e o estadual. Só os federais, que eu tenha conhecimento, tem isso. Não sei se em outros estados e municípios eles adotam a mesma regra. (Sérgio Ricardo)

A respeito da formação dos trabalhadores na temática de saúde e segurança no trabalho, os entrevistados foram patentes na importância que esta tem para a sociabilidade do trabalho. Com isto, estamos nos referindo às relações interpessoais que os trabalhadores irão desenvolver para garantir sua proteção, como não obter prejuízo para o empregador.

Sérgio aponta como os cursos são deficitários em não cumprirem o número de hora/aula e não propiciarem a reflexão sobre o mundo do trabalho, onde eles devem lutar por condições de trabalho que garantam sua saúde.

Eu conheço poucos lugares no país que faz o que a gente faz (se referindo ao curso de radiologia iniciado em 2013 na EPSJV). Pensando na formação desses profissionais o processo de formação deveria ser bem aplicado, com orientação bem clara. Pensando na relação dele trabalhador e patrão, porque ele precisa saber que é risco para ele e pros outros. Ele tem que ter conhecimento para trazer isso. Os trabalhadores da rede privada quase não pedem ou reclamam de alguma coisa, por conta do emprego. Eu não sei até que ponto é o emprego ou competência, porque você pode sair dali e arrumar um outro. Acho que as pessoas se apegam muito, ficam fixa e abre mão da sua proteção. Eu não concordo. Acho que se você não está bem, você tem que partir para outra, procurando por algo melhor.

Josilto destacou a importância da escola em criar uma cultura de proteção. Um profissional bem instruído, será cuidadoso no seu fazer profissional “ não expando os pacientes excessivamente, tampouco a ele mesmo. Analisa o grande aumento dos cursos de radiologia na década de 90, mas que não se sustentaram, pois para se formar este profissional, requer estrutura.

A formação é a base de tudo. A pessoa bem formada, não vai negligenciar no trabalho. Ela vai no trabalho, fazer o melhor para expor o paciente o menor possível, até porque fazer muitas radiografias, também envolve um custo para proteção radiológica. A preparação e o estudo, tem que vir na escola. O problema no Brasil é que houve uma proliferação de cursos nos últimos 10 anos e de ensino superior. Agora está retrocedendo, porque tem que ter um custo mínimo. O nível dos alunos também era baixo. A radiologia hoje era opção de quem vinha de cursos simples, como telemarketing. Eram pessoas mal formadas e preparadas desde o seu ensino médio. Quem trabalha hoje com formação, vê a dificuldade de corrigir um trabalho de português. No CETB a gente tenta trabalhar para que o profissional chegue bem no serviço. Independente do curso de especialização a gente bate muito na proteção radiológica, na “cultura em segurança. **Nosso pessoal quando chega na indústria, ele sabe que eles são os olhos da proteção radiológica. Não vai fazer uma radiografia duas vezes, porque isso aumenta o custo para empresa e radiografia desnecessária. Quando você aumenta o custo, você perde na proteção radiológica. Implica em um dosímetro a menos, a contratação de alguém, uma calibragem a menos (...)a pessoa que não tem essa base, Ela não sabe. Ela faz, mas não pensa. Ela esquece que tá aumentando o nível de radiação, ela tá aumentando o custo da proteção radiológica.** É importantíssimo a formação. (...) A escola é a base de tudo. Cada aluno que senta no banco de escola, a gente tem que tratar como criança. (...) Na escola você prepara o profissional para o mercado de trabalho. Você educa para uma cultura de proteção radiológica.

Em relação ao trabalho em radiologia, a questão do custo da proteção radiológica também é salientada pelo Sérgio, no trecho exposto na análise do questionário, que este custo da proteção radiológica é alto e no fim, o trabalhador pode pagá-lo com sua saúde quando os investimentos não são realizados. Ainda assim, o entrevistado coloca o técnico em radiologia como um técnico diferenciado dentro os técnicos da saúde, sob o argumento de que são especializados, possuem a confiança do médico e não há outro profissional que possa substituí-lo dentro da instituição (isso em comparação ao técnico em enfermagem).

Outro dado importante que os entrevistados trazem é de que hoje, os trabalhadores da radiologia, se trabalhando seguindo as normas, não apresentariam nenhuma doença oriunda da radiação, porque não haveria exposição. Josilto é bastante enfático em afirmar que trabalhador que se expõe “ é porque quer”. No entanto Sérgio, faz considerações que vão de encontro ao apresentado pelos trabalhadores no questionário, que a intensificação do trabalho, acaba “impondo” a condição de “desproteção”.

Sobre o campo da radiologia na Saúde, analisa que há um excesso de pedidos de exames, para fazer um “ganho” no alto custo pela aquisição e manutenção dos equipamentos.

Você tem a estrutura de saúde que procura aumentar o número de rotinas para receber mais. Se você faz mais exames, você ganha mais. Paciente com problema de sinusite. O médico pede radio x de tórax e face. Aí, você faz 5 imagens. No público, o médico pede só o seio da face e o tórax, aí o técnico faz só 3 imagens. É custo que o público diminui com impressão de filme. No privado, as 5 imagens é um ganho. Hoje os médicos também precisam se ser mais precisos e tal.(...) Hoje você faz muita imagem que com 3, você resolveria. Ou se você tivesse um médico muito bom, que visse seus histórico e já te receitasse o remédio de sinusite sem pedir imagem alguma.

A fala dos Professores doutores caminham em torno de uma ação no serviços que envolvam os diversos segmentos envolvidos, como os gestores e técnicos. As equipes compostas pelos responsáveis técnicos da área médica, da área de radiologia, o gestor do setor e da direção é fundamental para garantir fluxos e processos que viabilizem as ações de Proteção Radiológica nos setores. Esta mesma tendência de pactuação entre trabalhadores e gestores, pode ser encontrada em artigos do campo da radiologia, ao analisarem riscos ocupacionais dos trabalhadores e programas de monitoração ocupacional (OLIVEIRA et al., 2003; FERNANDES, 2014)

O discurso sempre enfático, se debruça na eficiência do campo de conhecimento da “Proteção Radiológica”, como o único meio a garantir saúde e segurança no trabalho. Mas, em alguns momentos, quando questionados sobre as variabilidades da organização do trabalho, essa “invencibilidade” da proteção radiológica, foi obrigada a ceder ao seu “calcanhar de Aquiles”. Os imprevistos, a variabilidade de rotinas e processos em determinados contextos do trabalho, inclusive e especialmente, no trabalho em saúde, não oferece as “Condições Normais” de trabalho.

5- ANÁLISE CONCEITUAL

Da análise global das entrevistas e dos questionários, há algo inquietante nos dois discursos apresentados, um pela vivência e percepção dos trabalhadores sobre questões de saúde e segurança do seu trabalho, e outro, pelo argumento dos especialistas em proteção radiológica. Enquanto um, aparenta ter que lidar com as incertezas sobre o real do seu trabalho, que pode vir a prejudicar sua saúde, o outro é categórico na fé que deposita nos procedimentos sobre o campo da proteção radiológica. Em qual dos dois reside a tal verdade do Trabalho?

Necessário se faz reconhecer que, há diversos processos de trabalho, contidos nas informações incipientes que o questionário tenta abordar, para se propor a fazer muitas afirmativas sobre a realidade do trabalho destes profissionais. Na verdade, nenhum estudo poderia CONTER a “realidade” do trabalho, porque ele adquire características próprias da cultura local que se estabelece nas instituições, mas também, pela relação que os trabalhadores criam e recriam no trabalho. Por maior que seja a normatização dos procedimentos a serem adotados, ainda assim, teríamos variabilidades dos processos de trabalho, mesmo que a rotina devesse ser igual em setores similares em todo o Brasil.

Cabe uma ressalva de que, apesar do campo da radiologia ser uma área com aplicabilidade na indústria (entre outros), o campo da saúde se constitui no maior empregador dos técnicos em radiologia e, não por acaso, o maior contingente de pesquisados que responderam ao questionário são oriundos do campo da saúde. Por isso, para análise do conteúdo apresentado, elege-se esta área para o aprofundamento das questões de saúde e segurança no trabalho.

No texto de Brito et al. (2011), onde discutem “O trabalho nos serviços públicos de saúde: entre a inflação e a ausência de normas” se trabalha a questão das normas que os trabalhadores da saúde lidam no fazer profissional, sob uma perspectiva da ergologia. O que se pretende dizer é como que os trabalhadores fazem, o que Schwartz (2008) chamou de “usos de si”, para responder as variabilidades do processo de trabalho. Muitas vezes, fazer este “uso de si” implica em se colocar em risco para cumprir a atividade.

Assim como toda a área da saúde, os técnicos em radiologia precisam lidar com as Normas.

Norma é uma palavra latina que significa o esquadro. A norma exprime o que uma instância avalia como devendo ser: segundo o caso, um ideal, uma regra, um objectivo, um modelo. Esta instância pode ser exterior ao indivíduo [normas impostas e mais ou menos assumidas], como pode ser o próprio indivíduo [normas instauradas na actividade], porque cada um procura ser produtor das suas próprias normas, na origem das exigências que o governam.

Para trabalhar, o ser humano tem necessidade de normas antecedentes (manuais e notas técnicas, regras de gestão. Organizacionais. Prescrições e instruções, procedimentos, etc.) que, ao mesmo tempo, o constroem e lhe permitem desenvolver uma actividade singular por reformatizações sucessivas.(SCHWARTZ e DURRIVE, 2008, P.26)

Partindo deste conceito de norma, Schwartz apud Brito et al. (2011), vai dizer que o conceito de Norma Antecedente transcende a questão da “regras, os regulamentos e os procedimentos a serem seguidos, nem as tecnologias disponibilizadas em determinada situação de trabalho”. Ela pressupõe considerar as visões de mundo e valores que estão em disputa, ou seja “ refletem o patrimônio histórico, cultural, científico e político de uma sociedade” (BRITO et al., 2011, p. 24). Em síntese, a norma é o que está antes da atividade propriamente dita, pois as visões de mundo interferem em como as regras e as tecnologias funcionarão. Elas podem afirmar valores com a afirmação da vida ou de interesse mercadológico, por isso, este é um campo de lutas. Mesmo a saúde, a educação, por exemplo, são esferas circundadas por interesses de mercado, próprios da produção capitalista.

As normas antecedentes apresentam ainda dois aspectos importantes: são vinculadas a aquisições da experiência pessoal e coletiva, constituindo-se como um bem comum imprescindível para o desenvolvimento humano e de seu trabalho; dizem respeito à divisão social e sexual do trabalho, assim como às relações de poder (não só de classe social) (BRITO et al., 2011, p. 26).

Isto implica dizer, que os trabalhadores lidam com uma infinidade de normas e regras, das quais são confrontados no cotidiano de trabalho, cabe ao julgamento de cada um, atender ou não, o que prescreve a norma. O lidar com a vida, sendo mais específico, dentro de instituições de saúde que lidam com uma grande variabilidade de casos e demandas como os hospitais, requer um esforço intelectual de perceber que a dinâmica do trabalho apesar de estabelecer rotinas, haverá sempre o “imprevisto”. Este imprevisto pode se dar por novos casos, mas pelas questões estruturais do ambiente, que requisitarão do trabalhador decisões para dar conta das demandas solicitadas.

Schwartz apud Brito et al. (2011) vai dizer que há um “vazio de normas” que exigirá novas (re)normatizações diante dos desafios do cotidiano. Assim, “ toda atividade de trabalho há sempre uso de si” (BRITO et al., 2011, p. 27). Podemos perceber claramente isto, na entrevista de Sérgio Ricardo, quando narra situações da sua consultoria dentro do hospital, onde busca-se adequar as rotinas e os espaços de trabalho às normas da proteção radiológica.

Seria leviano pensar que as únicas normas que os trabalhadores precisam lidar, sejam as que prescrevem as legislações do campo da saúde e/ ou da proteção radiológica. Brito et al.

(2011) define 4 tipos de normas: normas ligadas aos saberes técnicos, científicos e culturais – que resulta na concepção de saúde dos trabalhadores; normas ligadas ao planejamento e à organização prescrita do trabalho- diz respeito às requisições e organização da instituição onde se trabalha; normas ligadas ao trabalhador e aos coletivos de trabalho- diz-se das relações que se estabelecem entre os trabalhadores; normas ligadas aos usuários- demandas e expectativas dos usuários dos serviços.

A reflexão das autoras caminha ao encontro de pensar que os trabalhadores da saúde precisam gerir todas essas normatividades que atravessam a formação e o trabalho, tendo uma ausência de normas que indicaria uma dificuldade nas políticas de gestão e financiamento em saúde. Haveria um conjunto de metas a serem alcançadas, baseadas nas novas formas de gerenciamento com indicadores quantitativos, que se contradizem ou que se tornam impossíveis de serem cumpridas dentro das condições oferecidas.

Observa-se mesmo que, com alguma frequência, a prescrição de trabalho em equipe interdisciplinar não vem acompanhada de uma organização do trabalho, e meios e ferramentas pertinentes. Ao contrário, vem reforçar aquilo que condena, transformando-se, na prática, em obstáculo a ser vencido a duras penas. Encontram-se trabalhadores de saúde que criam os meios para humanizar a atenção, mesmo sem as condições propícias, inventam técnicas e instrumentos de trabalho, quando não disponíveis etc. Na ausência de condições e equipamentos corretos, tentam garantir a vida. Acima de tudo, criam meios para gerir as normas que antecedem suas atividades, que muitas vezes são paradoxais e contraditórias.

(...)

Neste processo de trabalho, os profissionais da saúde precisam fazer escolhas difíceis e que envolvem riscos para todos. O trabalhador se arrisca quando, por exemplo, transgredir alguma norma de segurança ao buscar ser mais eficaz nas ações de cuidado. Nesse caso, ele coloca a vida do outro à frente de sua própria segurança (BRITO et al., 2011, p. 38).

Os trabalhadores da radiologia que lidam com a vida, se sentem parte importante do processo de recuperação de um paciente ou de cura. O véio do cuidado é muito forte entre estes profissionais, apesar de sermos tentados a pensar que eles são apenas “apertadores de botões”. Na pesquisa realizada na EPSJV nos anos de 2011 a 2012, já mencionada anteriormente no primeiro capítulo, que abordava a Qualificação dos Técnicos em Radiologia, demonstrou que alguns técnicos em radiologia, se fixaram a esta profissão por influência de parentes e amigos que trabalhavam na saúde. A experiência do cuidado, da ajuda, ainda é um grande chamariz para os trabalhadores, que na tentativa de “dar conta” das demandas, se colocam em posição de risco. Essa ausência das normas, produz uma sobrecarga aos trabalhadores, pois há uma excessiva responsabilização do trabalhador por suas ‘escolhas’. Na frase de uma das entrevistas que diz: “Hoje o trabalhador só toma exposição, é porque quer”,

traz um pouco deste componente de culpabilização do trabalhador pelos 'jeitos' que ele precisa dar para trabalhar.

Porque será que os trabalhadores se submetem? Pode-se pensar na hipótese do medo de perder o emprego, medo de se tornar um problema para instituição. Ao dar os "jeitinhos" o trabalhador está sendo competente, cumprindo com o seu dever, vestindo a camisa, em se tratando da área de saúde, está sendo "humano". Essa disposição para o cuidado com o outro, tem sua funcionalidade na lógica produtivista e quantitativa, mesmo nos serviços. Se tornar aquele que se nega aos "jeitinhos", quebra com a pactuação coletiva de manter a produção a todo custo, é deflagrar o problema da organização do trabalho. Para o trabalhador do serviço privado, a consequência é o medo do desemprego, pois ninguém que está à margem.

Dejours, outro autor do campo da Clínica do Trabalho, que tem na psicodinâmica do Trabalho o seu olhar sobre os processos psíquicos no interior das relações de trabalho analisa o discurso economicista para a banalização do mal. Com receio da exclusão do trabalho, todos nós nos sujeitamos a fazer coisas ou inviabilizar processos do trabalho, para que tudo pareça normal à rotina. Ele traz como exemplo a questão dos novos métodos de gestão das empresas que são acompanhados de "demissões, mas também de uma brutalidade nas relações trabalhistas que geram sofrimento" Isto é denunciado, mas que ao invés de mobilizar, faz crescer essa tolerância a injustiça social. Resta a indagação de que essa ação serve para "familiarizar a sociedade civil com a adversidade, para domesticar as reações de indignação e para favorecer a resignação, constituindo inclusive uma preparação psicológica para padecer a adversidade?" (DEJOURS, 2007, P.25)

E quando não há reconhecimento sobre o que se faz? Os trabalhadores se sentem despreparados sobre as questões da Proteção Radiológica, na verdade, pode-se perceber entre a fala dos especialistas e dos trabalhadores que o temor do adoecimento é diferenciado. Enquanto o trabalhador se sente na iminência de uma exposição, os especialistas são categóricos na afirmativa de que esta não existe. Mesmo que a exposição, em condições normais e desejáveis de trabalho não aconteça, em alguns contextos, inclusive e especialmente o hospitalar, as rotinas impõe condições adversas ao que seria desejável. O "se expor", se torna cada vez mais inerente à atividade de trabalho, criando uma "normalidade". Assim, as respostas do questionário sobre como estão as condições de trabalho para a manutenção da saúde e segurança no serviço, sempre são carregadas de um temor de se expor à radiação. Assim, isso demonstra um tipo de sofrimento dos trabalhadores sobre a mística que envolve o campo da radiologia.

A normalidade é interpretado com o resultado de uma composição entre o sofrimento e a luta (individual ou coletiva) contra o sofrimento no trabalho. Portanto a normalidade não implica ausência de sofrimento, muito pelo contrário. Pode-se propor um conceito de “normalidade sofrente”, sendo pois a normalidade não o efeito passivo de um condicionamento social, de algum conformismo ou de uma “ normalização” pejorativa e desprezível, obtida pela “ interiorização” da dominação social, e sim o resultado alcançado na dura luta contra a desestabilização psíquica provocada pelas pressões do trabalho (DEJOURS, 2007,p.36).

Outro elemento que os questionários trouxeram e reforçado pelos especialistas, está na atuação do CONTER nas questões de proteção radiológica. Dejours (2007) avalia no livro “ A Banalização da Injustiça Social”, a questão do sofrimento psíquico não era pauta dos movimentos sindicais, pois havia o receio de abordar a subjetividade do trabalho e individualizar o que deveria ser pauta coletiva. Assim, isto possibilitou as gerências e o patronato dominarem “métodos concernentes à subjetividade e ao sentido do trabalho: cultura empresarial, projeto institucional, mobilização organizacional e etc, alargando drasticamente o fosso entre a capacidade de iniciativa de gerentes e patrões, de um lado, e a capacidade de resistência e de ação coletiva das organizações sindicais, do outro.

A fragilidade sindical não seria a causa da tolerância à injustiça que hoje. presenciamos, mas a consequência do desconhecimento e da falta de análise do sofrimento subjetivo por parte das próprias organizações sindicais, desde antes da crise do emprego (DEJOURS, 2007, P.40)

O engajamento do conselho dos técnicos nas questões concernentes à proteção radiológica, poderia representar para o conjunto dos trabalhadores, uma forma de se sentir representado. Não apenas isto, mas trazer o tema para o interior das discussões dos eventos do conselho, transformando este espaço em mais um momento que agrega valor à formação e as lutas do cotidiano do serviço. Um tema como o da proteção radiológica, que ressaltaram os especialistas, deve ser constantemente desenvolvido, requer um debruçar ainda maior sobre formas de proteção e procedimentos a serem adotados no serviço. Além disto, estabelecer um diálogo entre o conselho e os serviços, a fim de dividir experiências, aperfeiçoar a prática e pactuar ações a serem implementadas na área.

Finalmente, vale pensar na interação entre conselho, serviços, academia e trabalhadores afim de construir estratégias que possam assegurar que a proteção radiológica seja uma prática não apenas na infraestrutura, mas nas relações que se estabelecem nos serviços, resultando em processo e organização do trabalho menos adoecedores.

6- CONCLUSÃO

Mediante a tudo exposto, pode-se considerar algumas, propostas dentro dos parâmetros aqui desenvolvidos, articulando qualificação e Saúde do Trabalhador, para pensar à conjuntura que circunda os trabalhadores técnicos em radiologia.

No que se refere à formação, não é incomum perceber que o ensino técnico em saúde está eminentemente a cargo da iniciativa privada, o que suscita indagações, sobretudo sobre o trabalho em saúde no SUS. Qual a perspectiva de saúde preconizada nesses cursos? Como são elaboradas e administradas as disciplinas que tratam da saúde e Segurança no Trabalho? O ensino prático está a cargo exclusivamente dos estágios? Isso se relaciona com o saber que estes trabalhadores levarão para o fazer profissional, incidindo sobre as práticas de proteção para ele, os colegas de trabalho e os usuários do serviço.

Estas questões não estão descoladas do conceito de qualificação que tentou-se imprimir nesta análise. Pensar na qualificação é também olhar o mercado de trabalho destes profissionais, o reconhecimento profissional que se tem dentro dos estabelecimentos e por parte da sociedade, as regulações técnicas e sociais com que devem lidar no dia-a-dia do trabalho, a relação com a gestão e as estratégias que delinearão para ser empregáveis. Em um contexto de precarização e desregulamentação do trabalho, há o medo de estar à margem perdendo o que o identifica socialmente.

Assim, podem se submeter, muitas vezes resilientes, à organização e a processos de trabalho adoecedores. Significa dizer que as relações de trabalho, que também estão associadas as relações de poder e hierarquias em geral, contribuem para o adoecimento no trabalho, quando não há valorização do saber dos trabalhadores ou a participação dos mesmos, sobre decisões a serem implementadas no próprio ‘trabalhar’ na radiologia.

Estar fora do trabalho, também pode significar uma perda de conhecimentos sobre novos equipamentos e técnicas, haja visto que a área ao lidar com tecnologias, está constantemente sofrendo uma “reciclagem” ou atualização. Há também uma expectativa de que no ato de trabalhar, se possa estar em contato com o que fora ensinado, atualizado com as normatizações prescritas para o manejo com as radiações ionizantes. Além disso, estar em determinados estabelecimentos de saúde, compensa pelo reconhecimento social da instituição, no que se refere à serviços de excelência em determinadas área do conhecimento em saúde, que qualificarão este trabalhador para outros trabalhos, em especial na iniciativa privada.

Em tempos de incertezas sobre o trabalho, a combatividade das entidades representativas dos trabalhadores foi afetada, embora não justifique sua apatia em relação à

certas temáticas. Se não podemos dizer ‘apatia’, pode-se referir a uma ação pouco assertiva ou enérgica nas questões relacionadas à Proteção Radiológica, por exemplo. No serviço, o trabalhador se sente isolado, necessitando de uma representação que ofereça um respaldo institucional sobre suas demandas. Pode-se perceber que as deficiências na formação, fazem com que os trabalhadores tenham receio de atividades que, não necessariamente, representam um risco em si, como é o discurso da Proteção Radiológica. Porém, acabam por se colocarem em risco em situações primárias, que não se tem conhecimento de como poderão prejudicar à sua saúde.

Cabem assim, ações das entidades representativas, que caminhem lado a lado de sociedades de Proteção Radiológica, que estão pensando e formulando normatizações em prol da saúde dos trabalhadores e do ambiente. Cabe também, promover espaços de debate e discussão nestes temas, ou até mesmo treinamentos em Proteção Radiológica, e também ser a voz do trabalhadores frente aos departamentos governamentais, como a Vigilância Sanitária.

Outro ponto importante é a capacitação dos conselheiros em Saúde do Trabalhador, a fim de agregar conhecimento técnico-científico para o interior das discussões da categoria. Possibilitar que experiências de sucesso em consultoria em Proteção Radiológica sejam difundidas e incentivadas a sua implementação em todos os serviços, quer sejam públicos como privados. Se o Conselho não tem poder punitivo, tem o poder e o dever de chamar seus associados para uma prática reflexiva nos serviços, mas também se colocando como um lugar onde as demandas diversas possam ser ouvidas e encaminhadas aos órgãos competentes. Ouvir os trabalhadores e suas questões, retroalimentam as lutas necessárias e primordiais de qualquer atuação profissional.

Uma outra questão importante é chamar a academia para produzir sobre a saúde dos trabalhadores, suas condições de trabalhos, como capacitá-los, estas relações que são ricas para quem está na esfera acadêmica e que reverberam positivamente para os trabalhadores nos serviços. Há algumas produções espalhadas em campos do conhecimento da medicina, da engenharia, mas essas produções precisam ser difundidas e instrumentalizadas para os trabalhadores.

Ao final deste trabalho, com todo o esforço de sistematização das ideias associadas às bibliografias lidas, o sentimento não é, necessariamente, de dever cumprido. Ao contrário, a sensação que cerca é a de que ainda há muito que se fazer para se alcançar processos de vida e trabalho que garantam a dignidade humana de do seu trabalho não padecer.

7- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASSUNÇÃO, Ada Ávila. Condições de Trabalho e Saúde dos Trabalhadores da Saúde. In: MINAYO-GOMEZ, C; MACHADO, J.M.H e PENA, P.G.L. (Orgs.) Saúde do Trabalhador na Sociedade Brasileira Contemporânea. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2011. P. 453-478.

BARROS E BARROS, M.E.; SANTOS FILHO, S.B.; GOMES, R.S. Alguns conceitos articulados na discussão do processo de trabalho em saúde. In: MACHADO, J.M.H e ASSUNÇÃO, A.A.(Orgs.) Panorama da Saúde dos Trabalhadores da Saúde- Belo Horizonte: UFMG/Faculdade de Medicina, 2012.

BAUMGARTEN, M. e HOLZMANN, L. Reestruturação Produtiva. In: CATTANI, A. D. e HOLZMANN, L. (orgs). Dicionário de trabalho e tecnologia. 2ª Ed. Rev. Ampl. Porto Alegre, RS: Zouk, 2011, p. 315-319.

BRASIL. Ministério da Educação. Parecer CNE/CEB nº16, de 5 de outubro de 1999. Trata das Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico. Brasília; Ministério da Educação, 1999a.

BRASIL. Ministério da Educação. Resolução CNE/CEB nº4, de 8 de dezembro de 1999. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico. Brasília: Ministério da Educação, 1999b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei Orgânica da Saúde. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Disponível em : http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/04_lei_8080.pdf Acesso em: 05 de março de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em : http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/04_0816_M.pdf Acesso em: 05 de março de 2014.

BRASIL. Presidência da República. Decreto n.º 7.602, de 07 de novembro de 2011 Dispõe sobre a Política Nacional de Saúde e Segurança do Trabalhador- PNSST. Disponível em: [http://portal.mte.gov.br/data/files/8A7C812D39E4F4B1013A66048DB36F2D/PNSST%20\(Decreto%20n.%C2%BA%207.602_11\).pdf](http://portal.mte.gov.br/data/files/8A7C812D39E4F4B1013A66048DB36F2D/PNSST%20(Decreto%20n.%C2%BA%207.602_11).pdf). Acesso em: 05 de março de 2014.

BRASIL. Presidência da República. Lei 1.234, de 14 de novembro de 1950. Confere direitos e vantagens a servidores que operam com Raios X e substâncias radioativas. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1950-1969/L1234.htm. Acesso em: 08 de abril de 2014.

BRITO, Jussara.; MUNIZ, Hélder Pordeus; SANTORUM, Katia; RAMMINGER, Tatiana. O Trabalho nos Serviços Públicos de Saúde: entre a inflação e a ausência de normas. In: ASSUNÇÃO, A.A e BRITO, J. (Orgs.) Trabalhar na Saúde: experiências cotidianas e

desafios para a gestão do trabalho e do emprego. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. P.23-42

CAMPELLO, A. M. B. e LIMA FILHO, D. L. Educação Profissional. In: PEREIRA, I. B. e LIMA, J. C. F. (orgs.). Dicionário da educação profissional em saúde. 2ª Ed. Rev. Ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009, p.175-182.

CAMPELLO, A. M. B. et al. O ensino como negócio: a expansão da oferta de formação de tecnólogos em saúde no Brasil. Revista Trabalho, Educação e Saúde, v. 7, supl.1, p.175-190, 2009.

CASTRO, A. N. Qualificação: qualidades, classificações e ações. Relatório Final do Projeto de Reestruturação Produtiva e Qualificação – subprojeto 7 Qualificação, mercados e processos de trabalho: estudo comparativo no complexo químico brasileiro. São Paulo, Agosto de 1998, p.17- 25. Disponível em <http://www.fflch.usp.br/sociologia/nadya/relatoriofinal_qualificacao.pdf>. Acesso em 16/08/2013.

CHINELLI, F.; VIEIRA, M. e DELUIZ, N. O Conceito de Qualificação e a Formação para o Trabalho em Saúde. In: MOROSINI, M. V. G. C. et al. (org.). Trabalhadores Técnicos em Saúde: aspectos da qualificação profissional no SUS. Rio de Janeiro: EPSJV, 2013.

COUTINHO, I.P. Readaptados no Trabalho e na vida: um estudo sobre a percepção de trabalhadores de uma universidade pública. Trabalho de conclusão de curso, Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro de 2010.

DIAS, Elizabeth Costa. A organização da atenção à saúde no trabalho. [Texto preparado pela Profa. Elizabeth Costa Dias, do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da UFMG para o Livro organizado pelo Dr. Mário Ferreira Filho – Rocca Editora]. [Disponível em http://www.medicina.ufmg.br/dmps/atencao_saude_no_trabalho.rtf – Acesso em 15/08/2009].

DEJOURS, C. A Banalização da Injustiça Social. Rio de Janeiro: Fundação Getulio Vargas, 2007.

DELUIZ, N. A Globalização Econômica e os Desafios à Formação Profissional. Disponível em: <<http://www.senac.br/BTS/303/boltec303f.htm>>. Acesso em 19/06/2012.

DELUIZ, N. O Modelo das Competências Profissionais no Mundo do Trabalho e na Educação: Implicações para o Currículo. In: Boletim Técnico SENAC, v. 27, n.3, set/dez 2001. Disponível em: < <http://www.senac.br/BTS/273/boltec273b.htm>>. Acesso em 16/08/2013.

FERNANDES, Geraldo Sérgio; CARVALHO, Antonio Carlos Pires; AZEVEDO, Ana Cecília Pedrosa de. Avaliação dos riscos ocupacionais de trabalhadores de serviços de radiologia. **Radiol. Bras**, São Paulo , v. 38, n. 4, Aug. 2005 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010039842005000400009&lng=ene&nrm=iso>. access on 21 Feb. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-39842005000400009>.

FERREIRA FILHO, J. L. A formação do profissional de radiologia em nível técnico na região metropolitana do Rio de Janeiro: um estudo exploratório. Dissertação (Mestrado em Educação

Profissional em Saúde) – Escola Politécnica em Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2010.

FERRETTI, C. Considerações sobre a apropriação das noções de qualificação profissional pelos estudos a respeito das relações entre trabalho e educação. *Educação e Sociedade*, Campinas, v. 25, n. 87, p. 401-422, 2004.

FRIGOTTO, G. A produtividade da escola improdutiva. 6ª ed. São Paulo: Cortez, 2001.

GIRARDI, S.; FERNANDES JR., H.; CARVALHO, C. L. A regulamentação das profissões de saúde no Brasil. Disponível em: <
<http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v2n1/RPSB.htm>>. Acessado em 20/06/2011.

GUIMARÃES, S. M. K. e MOCELIN, D. G. Qualificação. In: CATTANI, A. D. e HOLZMANN, L. (orgs). *Dicionário de trabalho e tecnologia*. 2ª Ed. Rev. Ampl. Porto Alegre, RS: Zouk, 2011, p. 301-307.

LACAZ, Francisco Antonio de Castro. *Saúde do Trabalhador: um estudo sobre as formações discursivas da academia, dos serviços e do movimento sindical*. Tese de Doutorado. Universidade Estadual de Campinas, 1996.

LAURELL, A. C.; NORIEGA, M. Para o estudo da saúde na sua relação com o processo de produção. In: *Processo de Produção e Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1989.

MARTINS, M. I. C. e POZ, M. R. D. A qualificação de trabalhadores da saúde e as mudanças tecnológicas. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.8, n.2, p.125-146, 1998.

MARX, K. A produção de Mais-valia absoluta. *Processo de trabalho e Processo de Valorização*. In: *O capital*, Livro I, seção III, capítulo V. São Paulo: Abril Cultural. 1983.

MARX, K. *Contribuição à Crítica da Economia Política*. São Paulo: Martins Fontes, 1983.

MENDES, R. e DIAS, E. C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo: 25 (5): 341-349, 1991.

MERHY, E. E. e FRANCO, T. B. Trabalho em Saúde. In: PEREIRA, I. B. e LIMA, J. C. F. (orgs.). *Dicionário da educação profissional em saúde*. 2ª Ed. Rev. Ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009, p.427-432.

MINAYO GOMEZ, C. e THEDIM-COSTA, S M.F. A construção do campo da saúde do trabalhador: percursos e dilemas. *Cadernos de Saúde Pública* 13 (supl.2) 21-32, 1997.

MINAYO GOMEZ, C. Campo da Saúde do Trabalhador: Trajetória, Configuração e Transformações. In: MINAYO-GOMEZ, MACHADO e PENA (Orgs). *Saúde do Trabalhador na Sociedade Brasileira Contemporânea*. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2011. P. 23-34.

OLIVEIRA, S. R.; AZEVEDO, A. M.; MOREL, C. M. T. M.; COUTINHO, I. P.; FEITOSA, A. E.; FERREIRA FILHO, J. L. Qualificação dos Técnicos em Radiologia: história e questões atuais. In: MOROSINI, M. V. G. C. et al. (org.). *Trabalhadores Técnicos em Saúde: aspectos da qualificação profissional no SUS*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2013.

OLIVEIRA, Sergio Ricardo de; AZEVEDO, Ana Cecília Pedrosa de; CARVALHO, Antonio Carlos Pires. Elaboração de um programa de monitoração ocupacional em radiologia para o Hospital Universitário Clementino Fraga Filho. **Radiol Bras**, São Paulo, v. 36, n. 1, Jan. 2003. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-39842003000100008&lng=en&rm=iso. Acesso em:

21 Fevereiro 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-39842003000100008>.

PEREIRA, I. B e LIMA, J. C. F. Educação Profissional em Saúde. In: PEREIRA, I. B. e LIMA, J. C. F. (orgs.). Dicionário da educação profissional em saúde. 2ª Ed. Rev. Ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009, p.427-432.

PINTO, G. A. A organização do trabalho no século 20: taylorismo, fordismo e toyotismo. 2ª Ed. São Paulo: Expressão Popular, 2010.

PRONKO, M. et al. A formação de trabalhadores técnicos em saúde no Brasil e no Mercosul. Rio de Janeiro: EPSJV, 2011.

RODRIGUES, J. Educação Politécnica. In: PEREIRA, I. B. e LIMA, J. C. F. (orgs.). Dicionário da educação profissional em saúde. 2ª Ed. Rev. Ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009, p.168-175.

ROSENFELD, C. L. e NARDI, H. C. Competência. In: CATTANI, A. D. e HOLZMANN, L. (orgs.). Dicionário de trabalho e tecnologia. 2ª Ed. Rev. Ampl. Porto Alegre, RS: Zouk, 2011, p.78- 80.

SAVIANI, D. O choque teórico da politécnica. Trabalho, Educação e Saúde, v.1, n.1, p. 131-152, 2003.

SCHWARTZ, Y. e DURRIVE, L. Glossário de ergologia. Laboreal, 4(1): 23-28, 2008. Disponível em: Acessado em:

SOUSA JÚNIOR, J. Omnilateral. In: PEREIRA, I. B. e LIMA, J. C. F. (orgs.). Dicionário da educação profissional em saúde. 2ª Ed. Rev. Ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009, p.284-292.

TARTUCE, G. L. B. P. Algumas reflexões sobre a qualificação do trabalho a partir da sociologia francesa do pós-guerra. Educação e Sociedade (Campinas), v. 25, n. 87, mai./ago. 2004.

TORRES, R. Técnico em radiologia. Poli – Saúde, Educação e Trabalho, n. 15, jan./fev. 2011. Disponível em: <www.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=ProfissaoeNum=7eDestques=1>. Acessado em 18/02/2013.

WARDINE, Jurema F. Entre a cura e o adoecimento: estudo em um hospital universitário no Rio de Janeiro. Monografia de Conclusão de Curso de Graduação. UERJ, Faculdade de Serviço Social, 2004.

APÊNDICE

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM INFORMANTE-CHAVE

Data: _____

Nome: _____

Formação: _____

Atuação Profissional: _____

Instituição que pertence: _____

Qual sua atuação dentro da área de radiologia?

Qual a sua aproximação com o trabalho realizado pelos técnicos em radiologia?

Há quanto tempo se dedica ao estudo do trabalho da radiologia, especificamente nas questões sobre saúde e segurança no trabalho?

Na lei de regulamentação da profissão, que preconiza uma jornada semanal de 24 horas e férias a cada 6 meses, tem nestas medidas uma forma de contribuir com a saúde dos trabalhadores minimizando o tempo de exposição que eles teriam. Hoje, com o avanço tecnológico e técnico-científico que se tem nos equipamentos e na forma de organizar o serviço, estes apontamentos da lei são realmente necessários?

Manter esses “benefícios” é uma forma de proteção ainda ao trabalhador?

Qual a sua percepção sobre a importância da formação escolar e no trabalho para os processos de saúde e segurança no trabalho?

A formação de um trabalhador crítico e consciente sobre os riscos a que estão submetidos no trabalho, passa tão somente pela formação escolar?

Na sua avaliação, o que falta para termos um ambiente de trabalho na radiologia que não adoça a longo prazo?

Existe alguma estatística sobre adoecimento para estes trabalhadores?

Há uma subvalorização do trabalho dos técnicos de radiologia, assim como dos técnicos da saúde em geral?

Quem está melhor protegido dos riscos: os trabalhadores do setor público ou privado?

Quais os avanços dentro da área de saúde e segurança no trabalho e os desafios para esta área dentro da radiologia?

Observação: Cada informante-chave tem uma atuação diferenciada dentro do campo da radiologia, o que faz com que as perguntas sejam direcionadas de acordo com o perfil de cada entrevista. Outro ponto a se considerar é que a partir da observação do trabalho dos técnicos em radiologia e da observação da prática dos mesmos, questões serão suscitadas para serem aferidas com os entrevistados.



APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr(a) está sendo convidado para participar da pesquisa de mestrado “Qualificação e Saúde dos Trabalhadores Técnicos em Radiologia: uma abordagem sobre a influência da formação nas práticas de segurança e saúde no trabalho”, desenvolvida por mim, Isis Pereira Coutinho, no Programa de Pós Graduação da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/ Fiocruz. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento pode desistir de participar, sem qualquer prejuízo.

O objetivo deste estudo é contribuir, a partir de seu depoimento e de outros, para um entendimento sobre como a qualificação dos trabalhadores da radiologia, a partir de suas percepções, influenciam em suas práticas de saúde e segurança no trabalho. Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder às perguntas elaboradas durante a entrevista, não sendo identificado risco algum em respondê-las. Esclarecemos que não há custos, tampouco benefícios por participar da pesquisa, apenas o de contribuir para o estudo sobre o trabalhador técnico em radiologia. As entrevistas serão gravadas e terão duração média de 30 minutos. O seu depoimento se constituirá como uma fonte de caráter acadêmico-científico e irá compor a dissertação de mestrado a ser produzida no início do ano de 2013, e arquivada na biblioteca Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/ Fiocruz. Poderá ser utilizada em estudos, artigos e pesquisas de caráter acadêmico-científico e cultural. Ao assinar este termo, autoriza a publicação da entrevista, no todo ou em parte, editado ou não, bem como permitir acesso ao mesmo, para fins idênticos, com ressalva de indicação de fonte ou autor.

Para tanto, deverá assinar este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O Sr(a) receberá uma cópia deste Termo com o telefone e o endereço da pesquisadora, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Declaro que compreendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa, e concordo em participar:

Local: _____ Data: __/__/__

Isis Pereira Coutinho- Pesquisadora Responsável

Sujeito da pesquisa

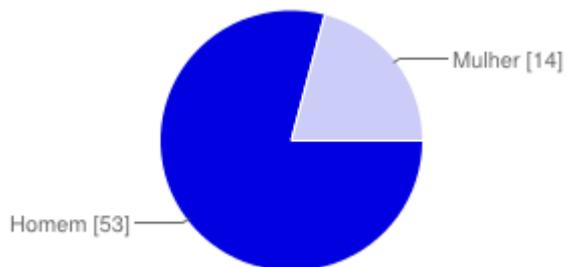
¹Isis Pereira Coutinho– Rua Dona Isabel, 736- ap 506- Bonsucesso – Rio de Janeiro – RJ – CEP: 21032-060 - Brasil – Tel.: (21) 2581-0006 – isispc24@gmail.com

²Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/FIOCRUZ (CEP/EPSJV) – Av. Brasil – 4365 – Manguinhos – Rio de Janeiro – RJ – sala 316 – CEP: 21040-360 – Brasil – Tel.: 3865-9710 e 3865-9705 - cep@epsjv.fiocruz.br

ANEXO

ANEXO A - RESUMO DAS RESPOSTAS DO QUESTIONÁRIO ELABORADO PELO 'GOOGLE DOCS'

Sexo



Homem **53** 79%

Mulher **14** 21%

Idade

18 a 20 anos	0 0%
21 a 25 anos	5 7%
26 a 30 anos	21 31%
31 a 35 anos	19 28%
36 a 40 anos	9 13%
41 a 45 anos	7 10%
46 a 50 anos	5 7%
51 a 55 anos	0 0%
mais de 55 anos	1 1%
Outros	0 0%

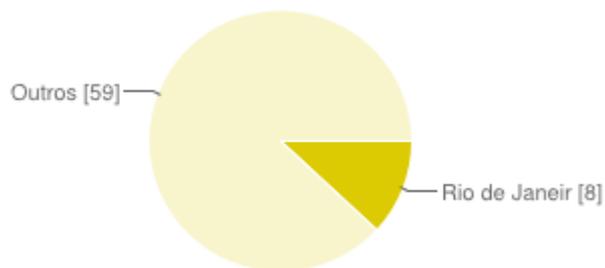
Há quantos anos atua como técnico em Radiologia ?

até 1 ano	6 9%
2 a 5 anos	18 27%
6 a 10 anos	26 39%
11 a 15 anos	6 9%

16 a 20 anos	5	7%
21 a 25 anos	1	1%
26 a 30 anos	2	3%
31 a 35 anos	1	1%
Outros	2	3%

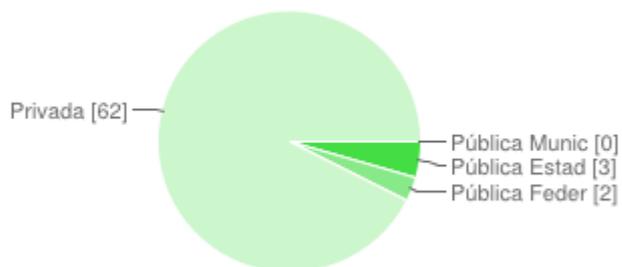
Questões Sobre a Formação Profissional

Em que estado você realizou o curso técnico?



Rio de Janeiro	8	12%
Outros	59	88%

Sua formação se deu em uma escola técnica...:



Pública Municipal	0	0%
Pública Estadual	3	4%
Pública Federal	2	3%
Privada	62	93%

Qual foi o tempo de duração do seu curso?

até 6 meses	0	0%
-------------	----------	----

entre 6 meses - 1 ano	1 1%
entre 1 ano - 1 ano e 6 meses	4 6%
entre 1 ano e 6 meses - 2 anos	39 58%
mais de 2 anos	16 24%
Outros	7 10%

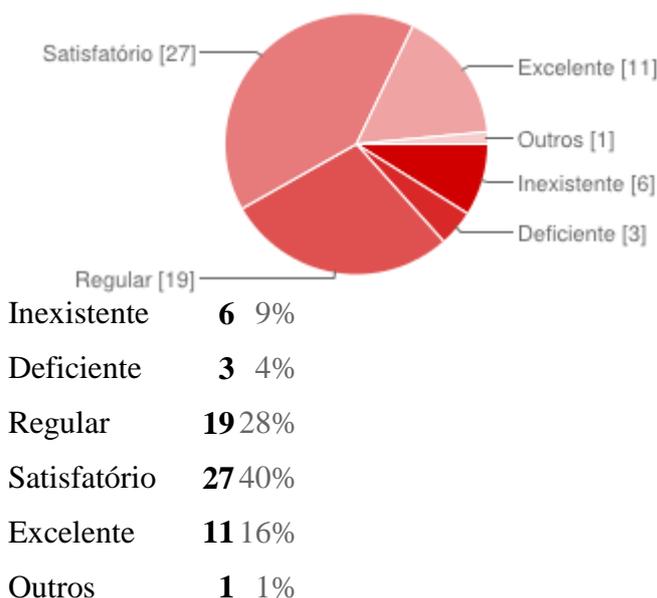
Quanto tempo durou o seu período de estágio?

até 6 meses	27 40%
entre 6 meses e 1 ano	27 40%
entre 1 ano - 1 ano e 6 meses	4 6%
entre 1 ano e 6 meses - 2 anos	0 0%
mais de 2 anos	1 1%
Outros	8 12%

Em que áreas você atuou como estagiário?

Raio-X	65 47%
Mamografia	11 8%
Densitometria óssea	11 8%
Hemodinâmica	3 2%
Radioterapia	4 3%
Ressonância Magnética	3 2%
Tomografia	31 23%
Medicina Nuclear	5 4%
Outros	4 3%

Avalie a importância dada ao tema "saúde e segurança no trabalho" pelo seu curso técnico:



Faça comentários sobre a resposta à pergunta anterior, se desejar.

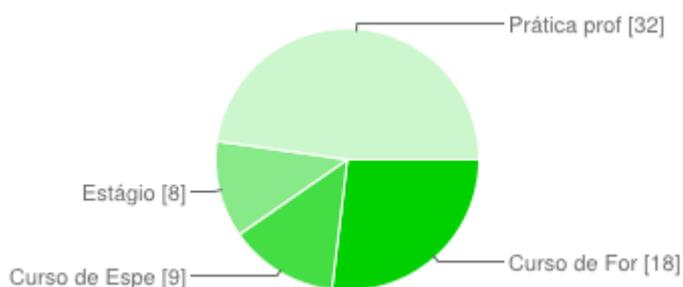
- Como já foi colocado, não fiz o curso, mas é importante que discuta esse tema com mais rigor, visto que trabalhamos com a saúde dos outros e precisamos estarmos atentos às inovações que surgem na profissão no que diz respeito à segurança, pois a saúde vem atrelada à mesma.
- meu curso técnico foi o melhor curso de radiologia de Rondônia
- NA DATA E QUE EU FORMEI O CURSO ERA MAIS RIGOROSOS, AGORA TEM UM CURSO MUITO FRACO A MATÉRIA NÃO CHEGA NEM NA METADE DA MINHA MATÉRIA. OBRIGADO RAMON PIRES FERREIRA simplesmente não constava da grade curricular do curso. Anos depois sim.
- O curso aborda a segurança do trabalho em várias disciplinas que mantêm relação entre si, tais como: Biossegurança, PSST e Primeiros socorros.
- Porque só agora após especialização em Radioterapia, Tomografia e participação em vários eventos como simpósios, encontros, palestras conquisei amadurecimento profissional compreendendo melhor a importância da saúde do trabalhador técnico em radiologia e radioterapia.
- Tudo que se refere a riscos inerentes a radiações ionizantes foram abordados
- Não foi aplicado em nenhum momento o tema abordado.
- durante o curso dizia-se que raio x só é pedido pelo em caso de extrema necessidade ao paciente, mas na prática não é assim, raios x são pedidos na maioria das vezes atoa.
- Este tema deve ser abordado com mais eficácia nos cursos, pois é de extrema importância adotar as medidas de segurança.
- Os avanços tecnológicos não diminuíram de maneira importante o grau de exposição dos trabalhadores à radiação. Acho que um curso à nível de terceiro grau daria um maior arcabouço de conhecimento para os profissionais. Ao meu ver, já é ora de acabarmos de uma vez com os cursos de nível médio na radiologia.
- Temos que colocar estagiários e profissionais formados em área industrial
- Talvez nos dias atuais os cursos tenham tomado consciência acerca da importância da matéria no setor de saúde pública e privada. Caso contrário deve ser obrigatório nas grades, pelo menos, noções acerca do tema.
- acredito q naquele momento deveria ter ênfase maior

- porque o curso Técnico é muito brevemente o tema.
- As Normas referentes a determinadas especialidades só são de fato aplicadas em empresas tanto privada, quanto autarquias, se as mesmas apresentarem controle das Cipas. Caso contrário fica totalmente a critério do técnico aplicá-las e cumpri-las ou não.
- Embora tenha feito parte da grade curricular, faltou, por parte da escola e professor, condições para que os alunos se aprofundassem mais no tema. Não havia critérios para escolha do professor, não por esse ser enfermeiro, mas não estava preparado para orientação específica sobre proteção na radiologia.
- Explicado muitas vezes por professores de física.
- Por que tive aula de biossegurança e meu professor era muito insistente nisso e preocupado, também por ele já ter feito pesquisas nesta área
- foram passadas informações superficiais sobre o tema Apesar de termos tido materiais a esse termo em sala de aula, ainda tivemos minicursos com pessoas qualificadas como Físico Médico de outros estados pelo curso
- NA ÉPOCA ESTE ASSUNTO NÃO ERA IMPORTANTE NA OPINIÃO DOS TÉCNICOS DA ÉPOCA O CURSO CENTROU-SE MAIS NOS EFEITOS BIOLÓGICAS DAS RADIAÇÕES IONIZANTES, ENTRETANTO NA QUESTÃO MAIS ABRANGENTE DE SEGURANÇA DO TRABALHO COMO A NR 32 MTE, NADA FOI ENSINADO.
- NOSSA PROFISSÃO É DE EXTREMA IMPORTÂNCIA SEGURANÇA NO TRABALHO

Quais especializações realizou?

Raio-x	42 32%
Mamografia	13 10%
Densitometria óssea	13 10%
Hemodinâmica	5 4%
Radioterapia	6 5%
Ressonância Magnética	7 5%
Tomografia	33 25%
Medicina Nuclear	1 1%
Outros	13 10%

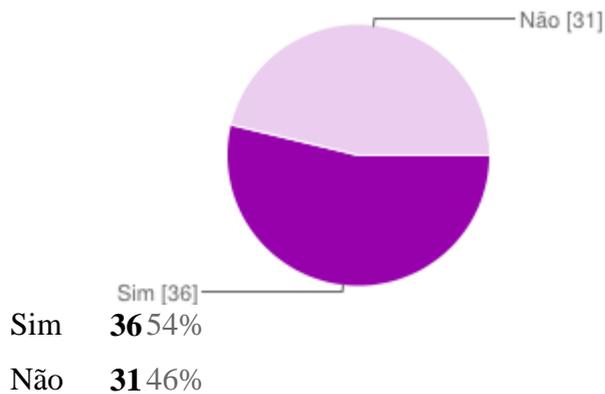
Qual destas instâncias foi mais importante para sua formação em saúde e segurança no trabalho?



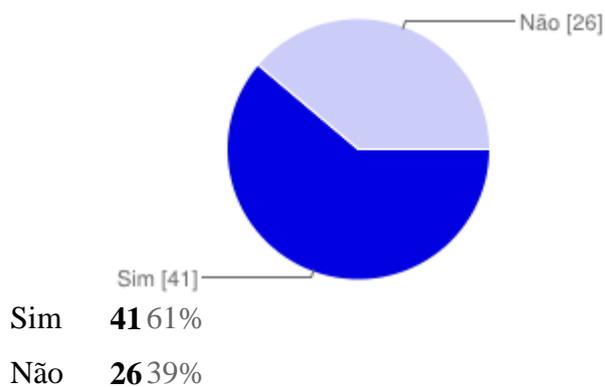
Curso de Formação Técnica	18 27%
Curso de Especialização	9 13%

Estágio	8	12%
Prática profissional em serviço	32	48%

A sua formação o encorajou a participar nas instâncias políticas do CONTER ou do seu local de trabalho?



Você cursa ou cursou o Ensino Superior?



Em que área do conhecimento?

- Gestão Hospitalar
- SUPERIOR DE GESTÃO HOSPITALAR
- Tecnologia
- Tecnólogo em radiologia
- Jornalismo
- logística
- radiologia superio
- Tecnologia Radiológica
- ciências biológicas
- geografia
- biologia
- Fisioterapia e Física
- SAUDE COLETIVA
- TecnólogoSaúde/Radiologia

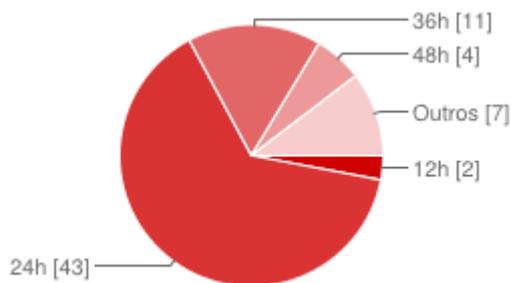
- Gestão Pública
- TECNOLOGO
- Radiologia/Física médica
- Técnica em Vigilância em Saúde - cursando Radiologiatecnologia em radiologia Tecnólogo em Radiologia
- Exatas
- Ciências humanas - direito
- Ciências Contábeis
- saúde - EnfermagemBiomedicina
- tecnólogo em radiologia CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E MATEMÁTICA(LICENCIATURAS)
- radiologia
- LICENCIATURA EM FÍSICAPedagogia
- BIOLOGIA

Questões Profissionais

Em que tipo de instituição você trabalha atualmente?

Pública	38	51%
Privada	31	41%
Capital misto	2	3%
Outros	4	5%

Qual a sua carga horária de trabalho nesta instituição?



12h	2	3%
24h	43	64%
36h	11	16%
48h	4	6%
Outros	7	10%

Qual a área de atuação desta instituição?

Aeroporto **0** 0%

Clínica médica	14 19%
Consultório Dentário	0 0%
Hospital	45 62%
Laboratório de diagnóstico por imagem	4 5%
Indústria	1 1%
Policlínica	2 3%
Outros	7 10%

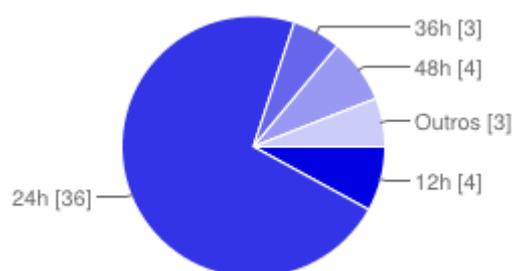
Quais são os tipos de risco a que você está submetido no seu trabalho nesta instituição?

Biológico	41 26%
Físico	26 17%
Químico	23 15%
Radiação	59 38%
Outros	6 4%

Em que tipo de instituição você trabalha atualmente?

Pública	25 45%
Privada	26 46%
Capital misto	1 2%
Outros	4 7%

Qual a sua carga horária de trabalho nesta instituição?



12h	4 8%
24h	36 72%

36h	3	6%
48h	4	8%
Outros	3	6%

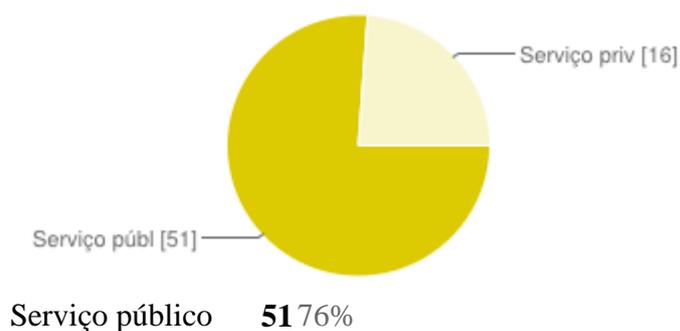
Qual a área de atuação desta instituição?

Aeroporto	0	0%
Clínica médica	12	22%
Consultório Dentário	0	0%
Hospital	30	55%
Laboratório de diagnóstico por imagem	4	7%
Indústria	1	2%
Policlínica	2	4%
Outros	6	11%

Quais são os tipos de risco a que você está submetido no seu trabalho nesta instituição?

Biológico	27	25%
Físico	17	16%
Químico	15	14%
Radiação	42	39%
Outros	6	6%

De acordo com a sua vivência, qual a sua opinião sobre onde há mais falhas no quesito saúde e segurança no trabalho?



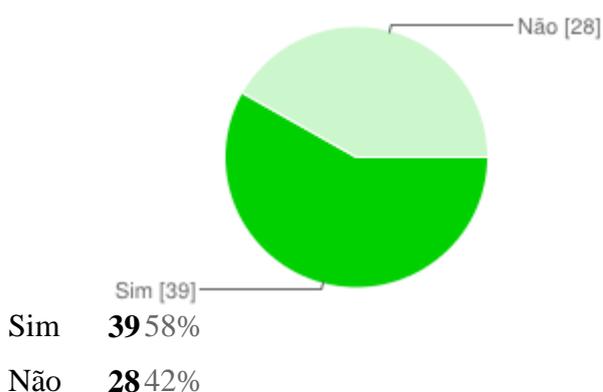
Serviço privado 1624%

Justifique a resposta acima:

- Os aparelhos públicos são sucateados e antigos.
- falta de epis e carga horaria excessiva.
- Por que no serviço publico a questão da fiscalização é mais branda por se tratar de órgão governamental.
- Falta de recursos específicos e melhor reconhecimento da área resultam em ambientes de trabalho precários ou na grande parte das vezes, desprovidos de equipamentos e materiais básicos necessários para o exercício da atividade profissional.
- Acredito que por exigir um gasto maior com tudo que se faz necessário, as instituições privadas se omitem mais, porém, as públicas, onde, de costume, inicialmente há uma atenção maior neste quesito, após longos tempos passa a haver descaso. Escolheria que ambas falham, mas como devo escolher a que mais falha, optei pela privada.
- Na minha opinião as instituições privadas são mais cobradas em relação ao cumprimento das leis trabalhistas, bem como possuem as mesmas possuem uma preocupação maior com seus trabalhadores.
- acho que os dois tem falhas, mas no privado eles tem mais preocupação, não pela saúde do trabalhador, mas para evitar possíveis problemas judiciais, os EPIs estão em melhor conservação e há uma politica para proteção. No público o descaso é maior apesar de acarretar os mesmos problemas.
- as fiscalizações só acontecem nos serviços privados No serviço público as condições de trabalhos são péssimas, aparelhos sucateados, falta de EPIS, fiscalização ineficiente e sem alterações após as fiscalizações. A administração pública pensa que está fazendo favor aos usuários. No serviço privada as fiscalizações são mais frequentes e rigorosas, os aparelhos são mais modernos acompanhados de manutenção preventiva, as normas de anvisa são respeitadas na maioria das instituições. a maioria dos serviços públicos não disponibiliza de SEGURANÇA, única material que tem em serviços público são aventais, quando tem Só tem uma cidade em rondônia que usa dosímetro (nova União)
- ONDE VEJO QUE AS SALAS NAO TEM BIOMBO FAVORÁVEIS E AS FISCALIZAÇÕES FECHAM OS OLHOS TANTO PARA OS TRABALHADORES DA ÁREA COMO PARA AS SALAS SEM HIGIENE E SEM PROTEÇÕES ADEQUADAS, POIS OS PREFEITOS DAS CIDADES SÃO OS QUE MANIPULAM A FORMA DE PAGAMENTO , O HORÁRIO DE SERVIÇO E NÃO ENXERGAM ÀS NECESSIDADES DAS PROTEÇÕES DOS TRABALHADORES DA ÁREA.
- Porque no serviço público geralmente as coordenadorias do setor de radiologia são feitas por indicação política e não técnica com pessoa qualificada para tal, deixando o setor descoberto das exigências legais.
- serviço público tem aparelhos sucateados, e mais as empresas que terceirizam claro não generalizando trabalhei numa empresa que terceirizou o setor de imagem de hospital publico, todos os órgão competentes que fiscalizam aparecem para atuar, enquanto no serviço publico faz vista grossa. Fora a respeito da pejetização, que cabe na segurança do trabalho comprometi o profissional no trabalho excessivo. falta de investimento e qualificação profissional para os trabalhadores
- NO PODER PÚBLICO OS GESTORES SÃO NEGLIGENTES, POIS SABEM O CORRETO E NÃO INVESTEM NO MATERIAL HUMANO QUE FAZ O ESTADO FUNCIONAR, POIS EXIMEM EM RACIOCINAR QUE SEM O HOMEM O ESTADO É UM ENTE ABSTRATO. FALTA MATERIAL ADEQUADO PARA TRABALHAR.
- acredito que há falhas em ambos,mas por minha vivencia acredito q ainda tenha maior numero o privado pois não vejo fiscalização alguma.
- O serviço Publico na minha opinião falta infra estrutura. porque nao existe equipamentos de protecao .
- A preocupação maior do setor privado é o lucro.
- Falta de fiscalização por órgãos responsáveis
- pois falta de investimento em qualificação profissional O serviço público carrega esse rótulo de "serviço incompleto", então muitas das questões principalmente saúde e segurança,

- acabam sofrendo essa banalização. Existe o setor de vigilância Sanitária nos município, mas este não irá fiscalizar o próprio governo. Descuido dos próprios profissionais
- Conforme tenho notado, devido a falta de informação tanto do usuário quanto de alguns profissionais, este último por negligência mesmo, deixa de aplicar corretamente as NR's nos procedimentos laborais.
 - Fiscalização NOS SERVIÇO PUBLICO AS VIGILANCIA SAO SUBORNADA E FAZ VISTA GROSSA.
 - O POUCO CASO COM O DINHEIRO PÚBLICO!!!! DESUMANIZAÇÃO!!!!
 - Depende muito de recursos e não tem fiscalização adequada, nem todo mundo paga 40% de insalubridade como deveria.
 - Para ambas ... Pois a fiscalização e pouca para números de hospitais e clinicas habilitadas para raio diagnósticos No serviço público os equipamentos de raios-x e os EPIs não sofrem as mesmas vistorias que no setor privado, já que eles não necessitam das certificações ISO.
 - a burocracia impede que medidas de segurança sejam tomadas rapidamente como troca de EPI. manutenção das salas tudo tem que passar por licitações.
 - Falta de recursos.
 - Acho que o público, devido a situação escassa que é esse sistema. Os coordenadores desconhece os quesitos de segurança.
 - Falta conscientização dos administradores em promover "Segurança no Trabalho". Falta de empenho e interesse de alguns "Trabalhadores em Saúde" de aprimorar e buscar atualização.
 - Pois portos, aeroportos e serviços de vanguarda deveriam já ter profissionais das radiações operando os equipamentos.
 - Por que a correria do ambiente e a pressão por você ter que fazer um exame rápido te leva a deixar um pouco a segurança por te atrasar. Com certeza no serviço público. Trabalhei em instituição pública, vivi isso, existe verba para investir, porém mal aplicada ou mal direcionada.
 - OS TÉCNICOS DE UM MODO GERAL NÃO TEM MUITA PREOCUPAÇÃO COM ESTE ASSUNTO
 - Em algumas situações as condições de trabalho são precárias em relação a condição de funcionamento de equipamentos e nos serviços públicos a fiscalização dos órgãos responsáveis não é tão rígida. Porém existem serviços privados onde não existe investimento na área de radiologia e os equipamentos acabam ficando sucateados também. Já trabalhei em hospitais públicos e privados.
 - No serviço público, se ouve mais reclamações sobre condições de trabalho, local de trabalho e equipamentos, mas o serviço privado também deixa a desejar, com exploração, trabalhar em carga horária excedente, etc...
 - No serviço privado que só visa o lucro o quesito segurança muitas vezes fica em segundo plano. Falta conhecimento e seriedade dos gestores.
 - Tenho conhecimento no local onde trabalho, e só algumas observações em outra áreas no serviço publico tudo é muito burocrático, na prática nada funciona como falas as regras de proteção ao trabalhador.
 - Por que carga horaria é maior e no meu estado não existe fiscalização , aqui á fiscalização é só para obter dinheiro de quem não tá em dias com o conselho , sendo que o resto ninguém ta nem ai .
 - Falta de equipamentos de segurança IPIS equipamentos ultrapassados falta de segurança física para os funcionários

Na sua concepção, os equipamentos com que você trabalha oferecem risco a sua saúde?

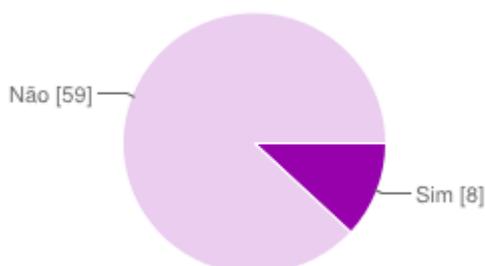


Se sim, quais riscos?

- Faltam manutenções periódicas dos equipamentos...
- Radiação Física Antigos, mal aferidos e sucateados, etc.
- radiação devido ao fluxo de caminhões atropelamentos, e a risco de incêndio devido a materiais inflamáveis Riscos inerentes a profissão. Como no enunciado não foi excluído os inerentes a profissão, optei por marcar que sim.
- de radiação, se mal feita as manutenções
- muitos velhos e sem manutenções adequadas e sem vistoria da ANVISA, não existe calibrações ou quando tem são camufladas ou mal calibrados, com isso os exames oferecem risco a quem opera e quem é examinado, repetição, pedidos demasiados pelos médicos, pouco envolvimento da equipe medica na observação de exames inúteis
- Risco biológico e ergonômico a longo prazo concerteza, se eu não cuidar para minha proteção e de colegas periféricos.
- trabalho sem eles.
- na maioria dos setores de diagnósticos do serviço publico não há equipamento para toda a equipe de trabalho. muitos estão danificados assim impossibilitando seu uso no ambiente de trabalho.
- Não.
- NO CASO TAMBÉM TRABALHO EM UMA UNIDADE MÓVEL DA MESMA EMPRESA ONDE TEM UM APARELHO PORTÁTIL E MIM PROTEJO DO LADO DE FORA, MESMO SABENDO QUE O MICRO ÔNIBUS TEM NAS PAREDES UMA BLINDAGEM DE CHUMBO E BARITA. A MESMA COISA É COM A SALA DE RX, MIM PROTEJO ATRÁS DO BIOMBO E NA CÂMARA ESCURA NÃO TEM COMO EVITAR O CHEIRO DO QUÍMICO. NA CLÍNICA RISCOS BIOLÓGICOS.
- todo equipamento oferece risco , não importa se velho novo .
- porque são equipamentos novos
- IMPRESSORA A BASE DE TONER, QUE EMITEM PARTÍCULAS CANCERÍGENAS(ENTRETANTO É UM TEMA QUE ESTOU ESPECULANDO PARA DETECTAR); E LER(LESÃO POR ESF REPETITIVO) NO PC; HÉRNIAS DE DISCOS VERTEBRAIS; DETRIMENTO PSICOLÓGICO.
- ergométricos, radiações
- Risco radiológico, por eu ser obrigada a trabalhar mais de 24hs
- PORQUE SEMPRE VOU ESTAR EXPOSTA A RADIAÇÃO SECUNDARIA.
- Biológicos e físicos
- Os equipamentos podem oferecer riscos, no entanto depende da consciência do profissional em que atua na área quanto à proteção e cuidados na exposição dele e dos pacientes.
- porque e um equipamento muito moderno

- exposição indireta a radiação e manipulação de químicos como por exemplo o preparo da revelação e ficção . Equipamento muito antigo .. Famoso jeitinho brasileiro
- sim porque acredito que esses equipamentos deveriam receber manutenção preventiva, por ser de alta periculosidade.
- por exemplo os aventais de chumbos a maioria não é integralmente confiáveis, mesmo que a conservação é responsabilidade do técnico, não tem quem fiscalize se estão procedendo direito, nem o próprio conselho regional fiscaliza nossas condições de trabalho, só vão no hospital para cobrar anuidades e tratam direto com supervisores e administração
- Atualmente trabalho com radio escopia em um centro cirúrgico onde as doses de radiação ão elevadas.
- Radiação. Efeitos estocásticos e determinísticos.
- Equipamentos antigos de difícil manuseio.
- Radiação mesmo ,os equipamentos não são checados periodicamente,não é feita a radiometria para ver se estão tendo algum vazamento ou não.
- MUITO VELHO COM RISCO DE ESCAP DE RADIAÇÃO.
- Vazamento de radiação.
- Riscos de efeitos biológicos devido a exposição á radiação, mesmo em baixos níveis a radiação é prejudicial a saúde.
- principalmente físico
- riscos quanto radiação, visto que as manutenções não são sempre adequadas á demanda.
- Fuga de radiação, mau calibrados

Você possui alguma doença ocasionada ou agravada pelo trabalho em radiologia?



Sim **8** 12%

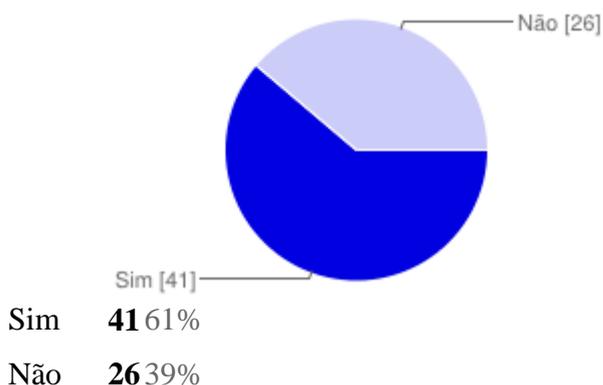
Não **59** 88%

Qual(is)?

- nada
- não possuo doença ocupacional
- Nenhuma
- não.(14)
- não possuo doenças relacionada a radiação. anemia, catarata precoce, diabetes.
- QUE EU APRESENTE AINDA NAO.
- Nenhuma.(4)
- nao , no momento NINGUÉM QUER ADQUIRIR UMA DOENÇA !!!! Não possuo não possuo doença mas tenho dores de coluna que tenho que tratar, por mais que isso venha ocorrer com o tempo, não temos quem se importe com os riscos ergonômicos que estamos sujeitos .
- não o conheço
- não possuo Dores lombares.
- nenhuma doença
- Não possuo e busco sempre ter o máximo de cuidado.
- não possuo.

- vista cansada por trabalhar em penumbra e painéis com pouca luminosidade
- Não tenho
- acho que não. na maioria dos serviços públicos não oferecem exames clínicos periódicos aos profissionais da radiologia. muitos fazem por conta própria. ate agora não.
- estresse.

Você tem receio de adquirir, desenvolver ou agravar alguma doença por conta de seu trabalho?

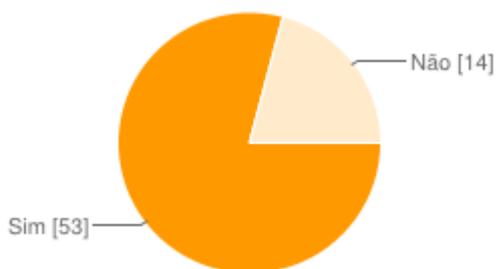


Se sim, qual(is) doenças e por quê?

- Receio sempre temos, a partir do momento que Você trabalho em uma área insalubre . O importante é tomar medidas de prevenção e os cuidados necessários que a profissão exige.
- ERGONÔMICA, NA UNIDADE MÓVEL E BIOLÓGICO NA CLÍNICA
- Tuberculose.
- Leucemia câncer, Tumor, devido ao efeito da radiação.
- câncer Claro que sim, é uma área insalubre, temos contatos com vários fluidos e condições estressantes, temos que aumentar constantemente o ritmo alucinado de trabalho para dar conta a demanda, e com isso "deixamos" de realizar procedimentos básicos de higiene e prevenção na troca de pacientes
- Câncer e Doenças psicossomáticas
- leucemia
- Tuberculose, câncer
- Alguma doença pulmonar, devido ao mal cheiro da Câmara-Escura que não tem exaustor. não
- Não.
- A MAIORIA JÁ AS TENHO(HÉRNIA DE DISCO CERVICAL E LER)
- claro todos nós que trabalhamos nessa área sabemos consequências .
- sempre á preocupação, pois trabalhamos com intensificadores de imagens em centros cirúrgicos que, onde ficamos expostos por muito mais tempo a radiação ionizante, sempre existe um receio de alguma doença por abaixar imunidade ou até mesmo uma neoplásia Câncer
- Exposição demais à radiações ionizantes podem acarretar futuramente em alterações no dna das células que por sua vez podem evoluir para algum tipo de câncer.
- doenças causadas pelas radiações e também causadas por agentes biológicos.
- Nenhuma.
- Câncer.
- Hérnia de disco
- pois além das radiações, existe o stress de se lidar com pessoas doentes, há um risco biológico, risco físico etc
- câncer

- Câncer é uma das nossas preocupações.
- Problemas da Glândula tireóide.
- ha sempre o risco, mas temos que estar o mais longe possível do fator que pode nos causar danos, (não se expor).
- Agravar as acima citadas, que foram contraídas logo após o trabalho direto e habitual na fonte de radiação ionizante.
- Câncer, devido incidência na família.
- _ Esforço repetitivo excessivo; _ Se expor além do limite tolerado a radiação; de contato com algo contagioso ou contaminação com sangue.
- Tenho medo, da esterilidade principalmente, entre outras que podem vir ocorrer, câncer, etc...
- Câncer, catarata, glaucoma..
- câncer. sem uso de EPI.

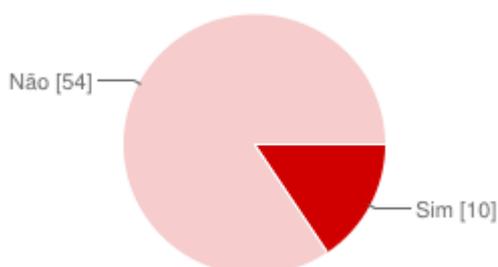
Você recebe adicional por insalubridade?



Sim **53** 79%

Não **14** 21%

Se sim, você considera que o adicional por insalubridade compensa os riscos a sua saúde?



Sim **10** 16%

Não **54** 84%

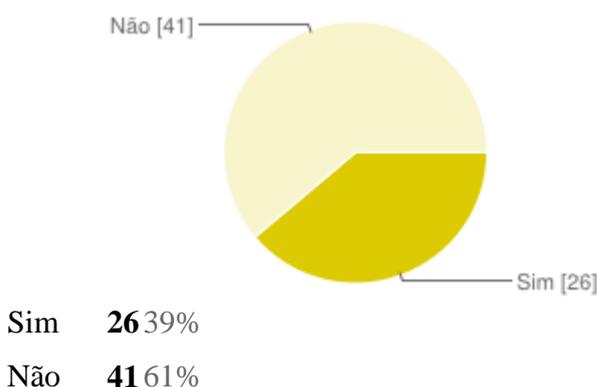
Por quê?

- De alguma forma tem que haver recompensa, embora deveria ser muito mais valorizado
- pois acho que deveria ser 100 por cento a insalubridade.
- Os riscos são normalmente graves, e a insalubridade ganha em 10 anos não paga o tratamento radioterápico em caso de câncer ocasionado pelas radiações

- Não porque se realmente tiver algum problema grave de saúde, não há dinheiro que recompense sua perda de saúde. Não compensa, nossa profissão será muito desvalorizada...
- analisando por tempo este adicional não corresponde aos riscos gradativos e expostos durante os anos de trabalho. porque a maioria das prefeituras não pagam 40% de insalubridade
- **NOSSA SAÚDE NÃO TEM PREÇO**
- Em parte sim, mas não nos exige de contrair doenças ocupacionais
- Pois os riscos inerentes da radiação e valor recebido em caso de agrave de doenças jamais ira custear os gastos com medicamentos, medicos, tratamento.
- Saúde não tem preço. Não recebo o percentual garantido em lei. **A SAÚDE É INESTIMÁVEL, SEM ELA NÃO TEMOS VIDA.**
- e pouco o valor para os riscos
- Nada pode justificar qualquer risco que Você possa correr em relação à sua vida - o seu bem maior. simplesmente a vida vale mais que 40% de insalubridade.
- devido a defasagem no salario, haja vistas que em 1999 eu ganhava 1250 mensais, veja hoje quanto ta o salario base da categoria
- Por que nada paga a saúde! infelizmente a nossa remuneração esta indo de mal a pior... devido a quantidade de impostos pagos aos estados e municípios.
- Acho que se pago sobre o vencimento base, como interpreta a grande maioria dos órgãos de classe, sim, acho justo. Porém, se levamos em consideração a interpretação da grande maioria dos empregadores, de que deve ser pago em cima do mínimo, responderia não.
- O valor pago é satisfatório.
- **DEPOIS DE OBTERMOS UMA DOENÇA POR TRABALHO, NÃO HÁ DINHEIRO QUE PAGUE PELA NOSSA SAÚDE**
- Porque não é pago como diz a lei que seria 40% ele acompanha o trabalhador na ativa e o abandona na aposentadoria quando ele está mais doente. não vale apenas.
- não recebo PERICULOSIDADE
- Justamente porque temos carga horária reduzida de 24h/sem. Operando o aparelho de forma correta usando os EPI'S E EPC's, os riscos diminuem consideravelmente. -Aliado a isso exames periódicos as cada 6 meses, -Aparelho calibrados de forma correta; Por que se eu contrair alguma doença ele não suprirá as custas de um tratamento Aqui na FAB eles só pagam 10%
- nada pode ser alterado
- não paga completo.
- Se acontecer algum prejuízo da saúde por exposição a radiação, a insalubridade é muito pouca para compensação do dano sofrido.
- É de 30% sobre o Salário Mínimo. Valor irrisório. y porque a nossa saúde não tem preço, a solução é equipar a sala de exames da melhor maneira possível.
- não compensa, pois o riscos é muito grande!!! **DEVERÍAMOS NO MÍNIMO ALÉM DA INSALUBRIDADE RECEBER UM BOM PLANO DE SAÚDE DOS EMPREGADORES.**
- Não é o suficiente para pagar um tratamento no caso de uma possível doença oriunda dos efeitos da radiação.
- Porque dinheiro nenhum paga a saúde de ninguém, ainda mais quando esse adicional não está correto, por exemplo, os 40% são apenas em cima de um único salário, quando deveria ser sobre os vencimentos.
- **A LEGISLAÇÃO DO PAÍS ESTABELECEU ESTE PERCENTUAL BASEADO EM PESQUISAS E EU AINDA ACREDITO NESTAS INSTITUIÇÕES SÉRIAS**
- **NÃO PORQUE A NOSSA SAÚDE É MUITO IMPORTANTE ,E NÃO HÁ DINHEIRO QUE O RECOMPENSA.**
- Na realidade nenhum valor compensa os riscos a saúde, contudo saber que há um plus, um diferencial quanto ao salário, a insalubridade, na jornada de 24 h, férias semestrais, aposentadoria humaniza, dignifica incentivando dar continuidade ao trabalho. Acredito que a maioria dos profissionais Técnicos em Radiologia amam o que fazem porque nenhum dos itens seria suficiente para estar na profissão se não existe amor a ela tudo o mais é incentivo a continuar a levar com dignidade a profissão. Pois o risco e maior que o beneficio que correemos durante a jornada de trabalho
- Não há compensação financeira que pague risco a saúde. por que nada paga pela saúde da gente, um exemplo: se minha insalubridade for paga da maneira correta em torno de 600,00 e

- tiver uma doença grave digamos, algum tipo de câncer e esse câncer for maligno, não tem como reverter, vou gastar muito mais com tratamento e não obter sucesso.
- tenho a convicção que tem risco depende de min para ser mais prudente na atuação como técnico
 - porque tais adicionais não evitam que contraiamos alguma doença. Acredito ser pouco pelo risco que corremos. Deveríamos receber além da insalubridade periculosidade.
 - não existe dinheiro que compre sua saúde
 - deveria valer o que o CONTER decidiu e não foi cumprido de o salário dois mil e pouco
 - Não pq as empresas não repasam o valor correto conforme a lei
 - por conta da defasagem salarial natural da nossa profissão, e sempre querem reduzir custos e achar laudos ambientais que favoreçam essas instituições, não havendo uma preocupação maior com o funcionário
 - nenhuma compensação financeira compensa o risco à saúde, porém, é um diferencial a ser considerado.
 - na realidade eu não recebo insalubre e sim periculosidade. nenhum dinheiro adicional paga pelos riscos
 - porque trabalhamos com radiação que pode desenvolver alguma doença futura Acho muito pouco poderia ser maior para garanti um aposentadoria melhor Penso que o adicional é válido sim porém não me protege de adquirir alguma patologia, neste caso afirmo novamente a importância do cuidado e prudência quanto às exposições.
 - Por que pode dar mais segurança financeira por um decorrente problema de saúde.As doenças adquiridas no trabalho não podem ser compensadas pelo risco que o trabalho representa se o profissional não tomar as devidas precauções em suas práticas laborais. Mas no caso de risco o dinheiro " a mais" é uma forma de ser compensado pelo contratante,porém,de nada adianta se o profissional não corresponde as NR`S.
 - O SALARIO NAO COMPENSA OS RISCO NAO. MAS MUITO POUCO LUGAR PAGA OS SALARIO REAL . EU RECEBO 820+30%DE INSALUBRE,ESTOU NO PREJUIZO DE MAIS DE 50% DO MEU SALARIO.
 - não , mais se eu colocar sim é bem melhor por que ainda tem alguns lugares que pagam .

Você conhece algum colega de profissão e/ou de trabalho que desenvolveu alguma doença ocasionada ou agravada pelo trabalho na radiologia?



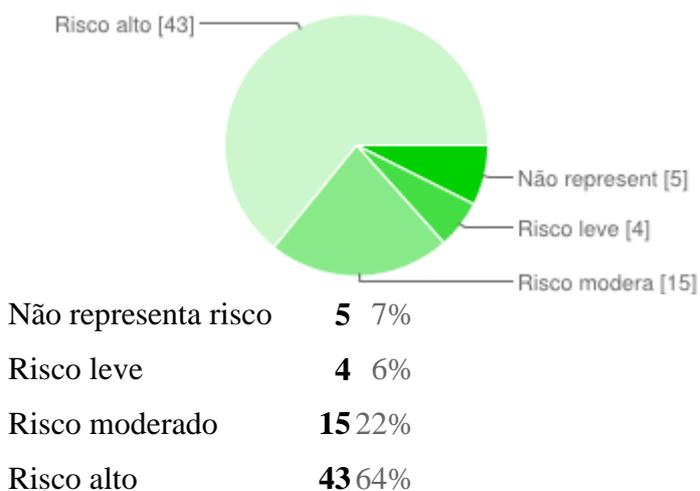
Qual(is) doença(s)?

- câncer de pele NUNCA
- OUVI FALAR.
- Tuberculose.
- não o conheço
- Câncer de colon, de fígado, tireoide etc
- nada

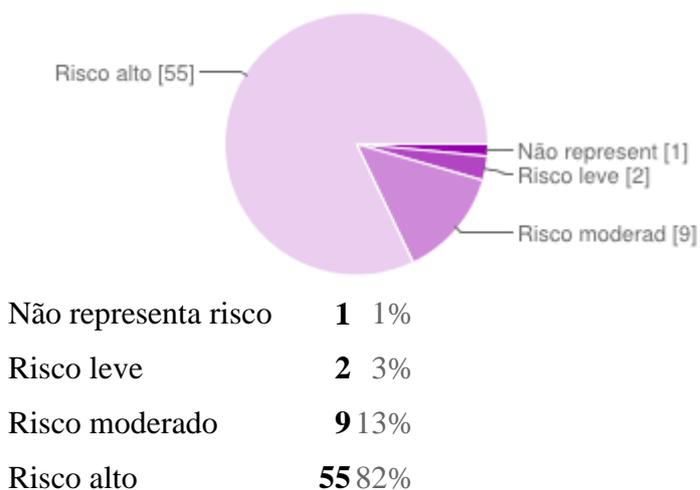
- TIVE UM COLEGA DE PROFISSAO QUE FALECEU COM CA.
- NÃO(6)
- diabetes, radiodermite, anemia, dentre outras.
- leucemia
- Bom não tem como provar mas tenho uma colega com câncer de mama fez tratamento ficou afastada e o medico do trabalho a liberou para voltar a trabalhar com radiação passado um tempo descobriu outro nódulo porem no pulmão e ela fez cirurgia e continua fazendo tratamento ainda esta afastada.
- TOSSE COM SANGUE
- Não conheço.
- TUMOR NO FÍGADO DE SUGESTÃO BENIGNA.
- tenho um irmão que trabalhou período e ocasionou uma anemia e teve que ser afastado
- Câncer
- LINFOMA
- câncer, estresse, etc...
- nunca vi algum técnico com doença devido ao trabalho
- Nenhuma.
- tireoide
- Não conheço
- Psoríase, e tu de intestino.
- Câncer de Tireoide.
- Problema de Câncer, vários problemas no sistema nervoso. Por enquanto nem um caso próximo.
- coluna
- Mas não temos como saber. por motivo de que o mesmo não utilizava os EPI, e nem utilizava dosímetro. Dermatite radiológica e esterilidade temporária Câncer no intestino, leucemia...
- Tem uma colega que abortou e não consegue mais engravidar, e no diagnóstico a causa pode ter sido por conta de radiação. E tem outros com forte anemia também e que acabam sendo afastados do trabalho.
- não conheço (3)
- Não é possível comprovar que um tumor tenha sido causado pela exposição ocupacional a radiação, em radiodiagnóstico.
- não conheço Não, Desconheço.
- Bursites na região dos ombros Leucemia Tumor e catarata. É difícil comprovar efetivamente a causa, porém, por se tratar de um número considerável de profissionais que trabalharam no mesmo local, e com o mesmo tipo de trabalho, acho que fica evidenciado o real motivo. E esse foi o entendimento dos médicos que atenderam tais colegas
- um senhor que tem 67 anos e trabalha a 23 com rx, tem câncer de pele e diz que provavelmente pela radiação, principalmente do período que era leigo em relação a proteção
- Câncer
- NENHUMA

Atribua a cada fator abaixo quanto risco ele representa para sua saúde e segurança em seu local de trabalho:

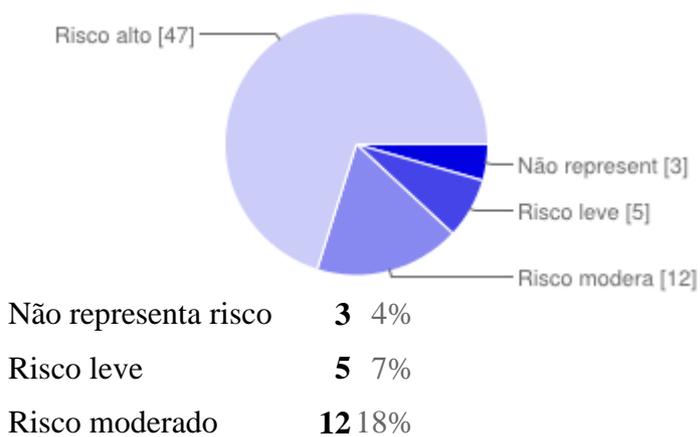
Equipamentos antigos/obsoletos



Falta de manutenção dos equipamentos

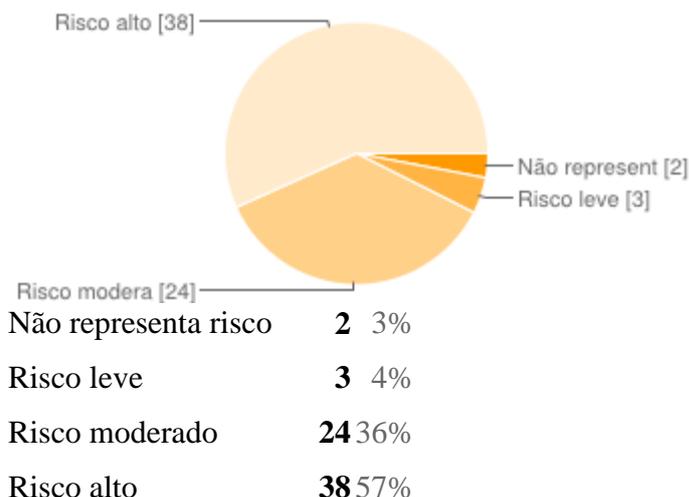


Falta de conhecimento da equipe sobre o risco

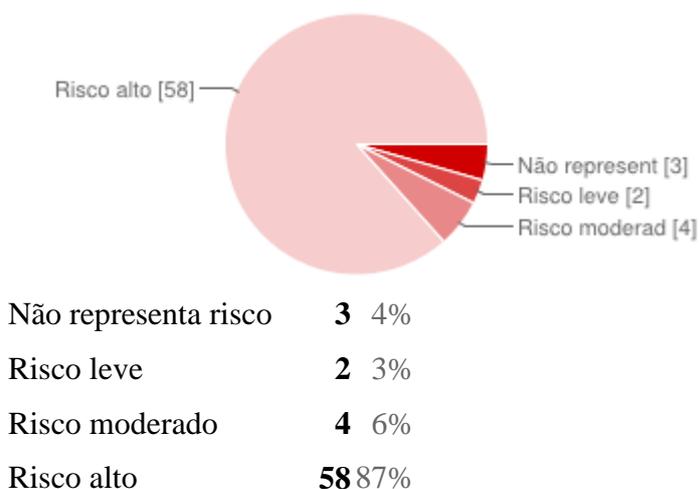


Risco alto **47** 70%

Infra-estrutura do ambiente de trabalho



Equipamento de Proteção Individual (EPI) inadequado ou inexistente

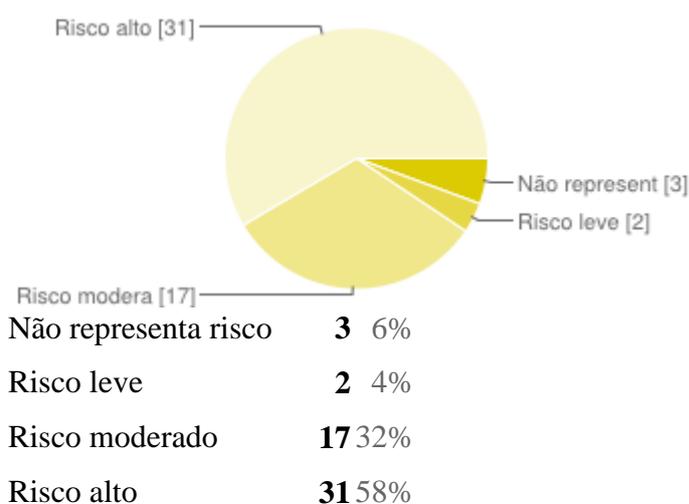


Se você considera que outros fatores representam risco a sua saúde e segurança no local de trabalho, mencione:

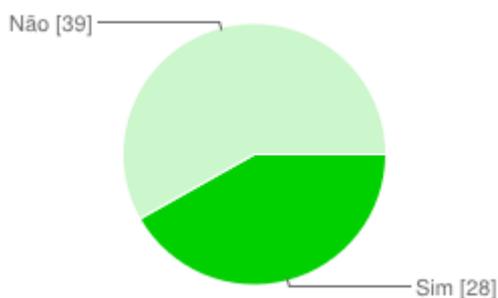
- Falta de um Técnico responsável pela equipe, com largo conhecimento das técnicas radiológicas. Ser sempre um médico Radiologista a ocupar o cargo de Chefia do setor de Diagnóstico por Imagem. Outros profissionais de nível superior, que queiram atuar no setor de produção de imagem deve ser obrigado a fazer, pelo menos, o curso de Técnico ou Tecnólogo em Radiologia. Exceto aqueles que tragam em sua grade de formação o número de horas e matérias exigidas para a manipulação direta e habitual dos aparelhos produtores de imagem ainda que seja para adequação e organização das fotos.
- o proprio local
- Exposição aos agentes químicos.

- Alto numero de pacientes e pedidos com muitas incidências pedidas pelos médicos
- Falta de cuidado quanto à exposição.
- Todos foram abordados na pesquisa.
- aparelhos que não tem controle de qualidade , que não tem laudo RADIOMÉTRICO isso tem muito na nossa região , vamos ser franco mas de 90% nos hospitais públicos.....paciente pesado para transferir para maca sozinho prejudica muito a minha coluna lombar/torácica.
- Processadora de filmes com químicos: Revelador e Fixador. Acho que com o advento da tecnologia de impressão digital deveria ser proibido a fabricação, venda e uso de tais.
- as direções dos estabelecimentos visarem o lucro fácil, os contratos com instituições publicas não atendem ou não buscam informações nos setores de radiologia, isto acarreta um efeito domino, que quem sofrerá são os profissionais na ponta do sistema e a população que não detem a devida educação ou conhecimento
- Educação, preparo profissional, proteção e blindagem
- Falta de outros profissionais de apoio, o que acarretam ao técnico fazer outras atividades se expondo a maiores riscos.
- Depois do incêndio da cooperçucar tem ocorrido infestações de abelhas
- Quantidade exagerada de pacientes.
- excesso de exposição devido ao número de atendimentos.
- segurança.
- a falta de pessoas qualificada nas radiologia industrial pois nela não é fator necessário ser formado em radiologia Higienização dos químicos periódica.Falta de circulação de ar em sala escura,sala escura com luz de segurança ruim,luz de colimação com falhas,falta de EPI'S adequados.
- Trabalho em uma sala de Densitometria óssea mais de 40 hs semanais e a distância que deveria ser de 2 metros da fonte, não passa de 1,50 metros, e não tem a separação com vidro plumbífero.
- No meu serviço os itens acima não oferecem risco já que tudo é mantido em ordem e os EPIs são novos e em número suficiente. A manutenção é regular e todos os sistemas obrigatórios funcionam a contento.
- Profissionais não habilitados na radiologia.
- A falta de compressão dos colegas no momento de disparar o raio - x, faz com que tomamos radiação desnecessárias. tomografia

O quanto este(s) fator(es) representam risco?



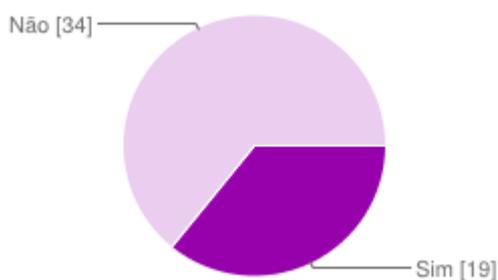
Você tira as suas férias semestrais, conforme prescrito pela lei?



Sim **28** 42%

Não **39** 58%

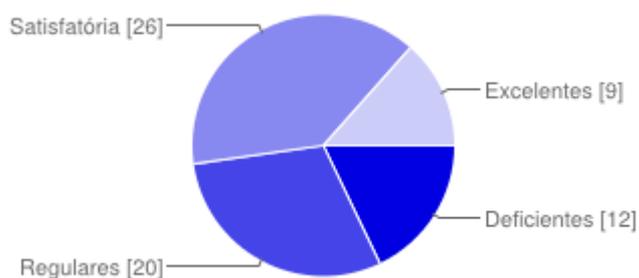
Se você trabalha em mais de uma instituição, você consegue tirar ambas as férias ao mesmo tempo?



Sim **19** 36%

Não **34** 64%

Como você avalia as condições de funcionamento dos equipamentos onde você trabalha?



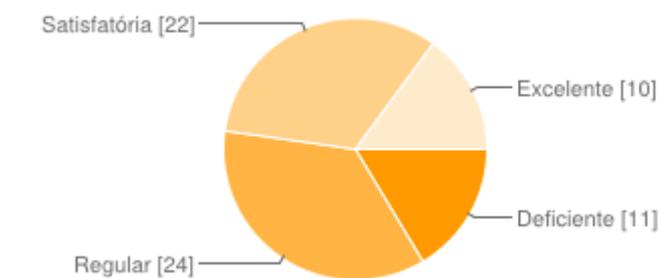
Deficientes **12** 18%

Regulares **20** 30%

Satisfatórias **26** 39%

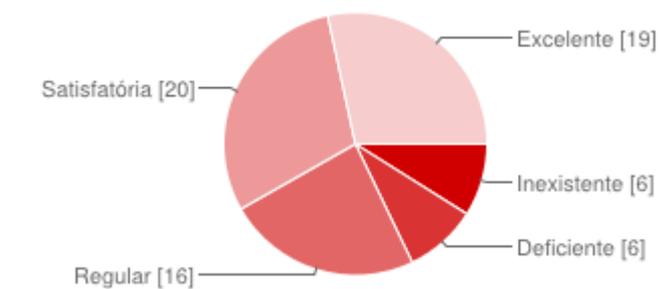
Excelentes **9** 13%

Como você avalia a estrutura do serviço de radiologia em que você trabalha?



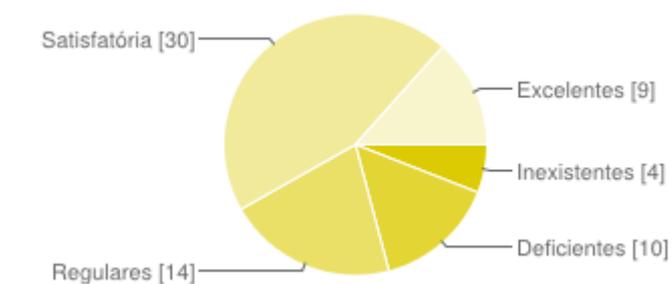
Deficiente	11	16%
Regular	24	36%
Satisfatória	22	33%
Excelente	10	15%

Como você avalia a monitoração ocupacional (dosimetria) no local onde trabalha?



Inexistente	6	9%
Deficiente	6	9%
Regular	16	24%
Satisfatória	20	30%
Excelente	19	28%

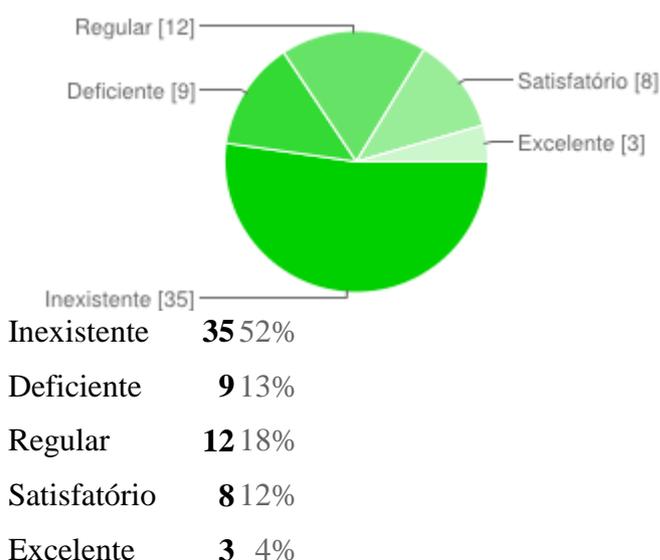
Como você avalia as condições dos equipamentos de proteção individual?



Inexistentes	4	6%
Deficientes	10	15%

Regulares	14 21%
Satisfatórias	30 45%
Excelentes	9 13%

Como você avalia o programa de treinamento periódico?

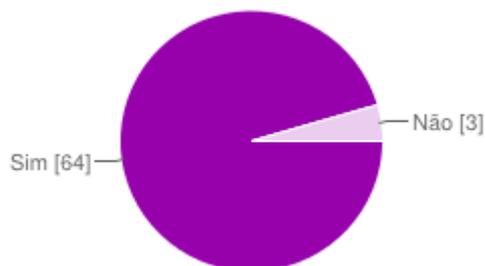


Em sua opinião, o que deve haver em um espaço de trabalho para garantir a saúde e segurança do trabalhador e dos usuários do serviço?

- Mais manutenção dos equipamentos.
- ORIENTAÇÃO AO PACIENTE, TRABALHADOR DOS RISCOS GERAIS QUE OS EXAMES CAUSAM BEM COMO SEUS BENEFÍCIOS.
- equipamentos novos e EPI.
- Mas colaboradores com nível de radiologia
- Discussões amplas à respeito do assunto com pessoas qualificadas que possam apresentar questionamentos e treinamentos adequados a cada setor.
- Programa de treinamento e qualificação permanentes.
- FISCALIZAÇÃO DOS CONSELHOS
- LOCAL PLANEJADO PARA OS SERVIÇO DE RADIOLOGIA . SAO SEMPRE TUDO EMBOLADO.
- Aulas práticas orientadas pelos próprios funcionários ou instituição e saúde.
- Tudo o que é previsto deve funcionar bem.
- todos os epis EPI
- Sinais de aviso do risco da radiação. Respeito dos colegas. Treinamento, pois tudo vicia. E achamos que radiação não é nada e acabamos esquecendo dos mal existente. um fiscal....
- Tudo o que é garantido pela legislação.
- educação continuada
- Respeito ao normas reguladoras.
- treinamento e respeito a portaria 453 e outras...
- EPI'S de modo geral.
- Sim
- treinamentos periódicos e reciclagens periódicas. E mais fiscalização.
- Treinamento, cartazes informativos...

- mais investimentos e mais fiscalização.
- Segurança estrutural (equipamentos, EPI's, máquinas).
- Um profissional capacitado para treinar/orientar a equipe!
- as chefias imediatas geralmente são omissas quanto aos problemas que temos nos setores de radiologia, isso eu acho um problema sério.
- Sim
- As recomendações dadas pela ANVISA, CNEN, entre outros.
- Equipe bem treinada, formada e consciente dos seus direitos e deveres profissionais.
- qualidade, qualificação e ambiente propício a desenvolver um bom trabalho Médico e físico presente na radiologia epi
- Informação
- qualificação..
- Cobrança dos órgãos fiscalizadores e patronais.
- Uma chefia bem treinada.
- cada um profissional ter consciência de que deve se proteger
- Avaliar o ponto de vista do empregado porque a preocupação é somente com o paciente, se houve algum problema com eles, mas quanto a nós a nossa saúde o nosso bem estar eu não vejo nenhuma preocupação e mesmo quando ela existe a responsabilidade é jogada somente para nós
- Treinamentos, preparo profissional e informações para aqueles que não possuem o mesmo conhecimento que o meu ou de um profissional qualificado.
- melhor condição salarial , remuneração aqui no maranhão é péssima , então leva um técnico até vários empregos sem falar que somos obrigados trabalhar além da carga horária , por que se você não quiser aceita tem mil querendo , essa é lei no maranhão.
- MAIS COBRANÇA DOS PROFISSIONAIS AO EMPREGADOR, POIS EU MESMO OPERO A PROCESSADORA COM QUÍMICOS E AS VEZES TENHO QUE FAZER SERVIÇOS DE TERCEIROS COMO LIMPEZA E TROCA, ATÉ MESMO MANUTENÇÃO AO MEU ALCANCE É sim ter aulas com físico nuclear na área de dosimetria e claro sobre a radiação no geral
- Ambiente adequado, manutenção periódica dos equipamentos informação explícita sobre os riscos orientação periódica sobre proteção específica radiologia EPIs corretos e em total conformidade com padrões estabelecidos por lei
- Deve haver acima de tudo informações a respeito da área. oferecer os serviços completos de EPIs um repouso para os técnicos, porque a maioria dos hospitais os repouso são ao lado da câmara escura, onde os técnicos inala os cheiros dos químicos (revelador e fixador)
- Uma boa manutenção dos equipamentos e da estrutura da sala de Raios x .Controle dos níveis de radiação (dosimetria), uso dos EPI.
- Salas blindadas, dosímetros coletivos nas salas e corretores Concientização
- Apenas o que é previsto, equipamentos bem mantidos, epis corretos, demanda adequada de forma que o técnico possa realizar seus exames com qualidade, etc...
- Instalações e equipamentos em conformidade com as normas vigentes, Epis, treinamentos periódicos e estímulo a educação continuada, carga de trabalho compatível com as condições de operação do serviço.
- Fiscalização pelos setores competentes.
- Educação continuada e campanha na mídia
- PALESTRAS
- Fatores de proteção radiológica atuais e cursos de ensino continuado.
- treinamento e equipamentos de epi
- Total proteção radiológica, boas condições de trabalho e equipamentos apropriados para o profissional e os pacientes.
- Deve haver: - Aparelhos funcionando em perfeitas condições; - Equipamentos de proteção individual e coletiva; - Treinamentos constantes; - Um local limpo e organizado; - Profissionais capacitados na equipe; mais humanização EQUIPAMENTOS EM PERFEITO ESTADO. EPIS.

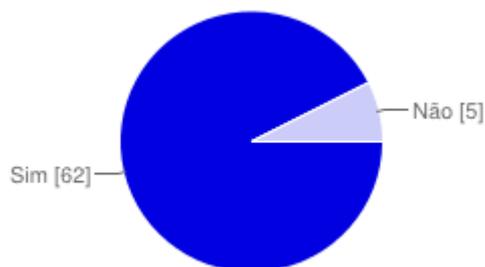
Você avalia que alguma forma de treinamento em serviço sobre saúde e segurança no trabalho seria necessária no seu local de trabalho?



Sim **64** 96%

Não **3** 4%

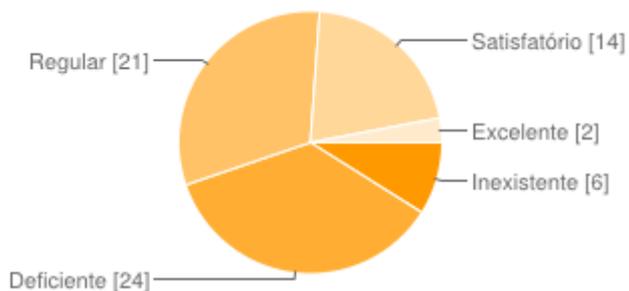
Você é filiado ao CONTER?



Sim **62** 93%

Não **5** 7%

Qual a sua avaliação sobre o desempenho do CONTER na fiscalização e na formação dos técnicos em radiologia?



Inexistente **6** 9%

Deficiente **24** 36%

Regular **21** 31%

Satisfatório **14** 21%

Excelente **2** 3%

Faça comentários sobre a resposta à pergunta anterior, se desejar.

- precisamos aumentar a fiscalização e dobrar o numero de fiscais principalmente no setor privado onde ha maior irregularidades
- É muito serviço para poucos fiscais, leis que não são cumpridas e invasão profissional de outras profissões na área radiológica.
- Pois falta profissionais nos CR´s para fiscalizar e impor as leis.
- O CONTER sozinho não consegue fiscalizar todo o território nacional, o sistema CRTR precisava ser mais parceiro e efetivo.
- Falta um pouco mais na formação e fiscalização, porém, acho que aos poucos elas estão acontecendo em maior número. Quanto ao apoio, diria excelente. Tive resposta e mantenho contato direto com o CONTER, que vem buscando apoiar os profissionais da maneira que pode.
- FALTA DE FISCALIZAÇÃO
- POIS EM MEU ESTADO VEJO A FALATA DE COLOCAÇÃO DO TECNÓLOGO NO MERCADO DE TRABALHO, HOSPITAIS COMO PROCAPE, CONTRATAM IRREGULARMENTE BIÓLOGOS PARA TRABALHREM NA MEDICINA NUCLEAR A TECNÓLOGOS, FATO DENUNCIADO AO MPPE, NÃO HÁ UM AFISCALIZAÇÃO EFETIVA E INCISICA DO CONSELHO REGIONAL LOCAL ACRECA, NÃO HÁ RESID-ENCIAS PARA TECNÓLOOS NEM SEQUER CURSOS DE PÓS-GRADUAÇÃO OU EXTENSÃO QUE O DESEMPATE COM O TÉCNICO EM RADIOLOGIA NAS SELEÇÕES DE CONTRATAÇÕES. ENFIM, HÁ UM ASÉRIE DE DECEPÇÕES QUE GOSTARIA DE COMPARTILHAR, POR ISSO ESTOU ESBOÇANDO A FORMAÇÃO DE UMA ASSOCIAÇÃO LOCAL PARA PREENCHER AS BRECHAS GRITANTES E DECEPCIONANTES DE NOVOS FORMANDOS E FORMADOS NA ÁREA.
- Acho que deveria haver mais fiscalização devido ao alto preço que se paga de anuidade.
- deveria ter mais fiscalizações...
- pois acaba sendo de competência dos conselhos fiscalizar, e não o fazem sobrecarregando o CONTER com essa obrigação.
- Tenho visto que o CONTER vem tentando ajudar nosso classe e vem se empenhando para que não haja injustiça com os profissionais, mas ainda acho que demora muito no atendimento, já cheguei a enviar e-mail e só foram responder quase um mês depois.
- Uma instituição se faz pelos seus membros(inscritos), então todos somos responsáveis pela instituição, temos que apontar os erros, mas temos que também indicar caminhos e soluções. Temos um grave problema muitos se formam e esperam que quem está atuando resolva as questões de empregabilidade, mas que estar fora dos sistema(não inscrito) tem que agir e não se acomodar, se não fica sem vaga no mercado
- O Conselho, mostra e registra as eficácias das fiscalizações e isso é acompanhado por quem verifica seu trabalho, porém a demanda de fiscalização é pouco diante da demanda existente, principalmente nos setores públicos, não só nas Capitais mas também no Interior dos Estados por que interesse de vocês sempre visando lado de vocês o técnico em não vejo , sempre cobranças e não vejo nada de vantagem to nesse ramo a muito tempo , agora vejo umas cooperativa do qual trabalhei sete anos você trabalha em sistema escravo e sai sem nada , claro que lucros não são dividos iguais .
- O CONTER SO FAZ FISCALIZAÇÃO NAS CAPITALIS Vejo que o CONTER sempre esta atuando. Já os conselhos que de alguma forma esta ligada ao CONTER é muito fraco, não fiscaliza na hora certa deixa de resolver muitas coisas. Sempre recomenda quando entramos com algum problema a procurar o sindicato e não o conselho. Então isso tudo dificulta nossa área. nunca vi algum tipo de fiscalização do CONTER nem em empresas quanto mas em relação aos cursos os existentes em minha cidade
- Nós convivemos com os mercenários do ensino , eles dão uma infra estrutura impressionante mas a formação como se diz é daquele jeito.....
- Considero uma instituição em fase de crescimento, porém muito abaixo do esperado. Pois apesar das lutas, não da a cara a bater. É necessário defender mais a categoria. Deficiente porque ate hoje pelo tempo que trabalho nao vi nenhuma fiscalização dentro da instituição a única vez que vi alguma atuação do do CONTER/CRTR foi para cobrar dos técnicos que estava inadimplentes a instiução recebeu notificação deles, não vejo eles cobrando ferias re4gulamentar, os exames periódicos que onde eu trabalho nunca foi feito, fiscalização dentro

da instituição para ver se esta tudo andando conforme a lei jj coloquei satisfatória porque acho que sempre tem um algo ha mais que pode ser feito, (melhorias).

- Não vejo fiscalização nenhuma na região em moro.
- Ao ser filiado ao Conselho Regional automaticamente se faz parte do CONTER, a meu entender. sou delegado regional da 18ª região e acho q os conselhos regionais e nacional atuam de forma eficiente
- nenhuma
- Está resposta é para as escolas que tem uma preocupação com a qualidade dos profissionais que estão saindo para o mercado de trabalho, porém ainda existem escolas que sequer dão um preparo básico e deixam para que o aluno aprenda no estagio.
- Devem ser mais eficaz nas fiscalizações Fazem o que as empresas querem!
- SE JA EXISTE A LEI SOBRE O SALARIO DA CATEGORIA ,O CONTER DEVERIA COBRAR MAIS DA INTITUIÇÕES PUBLICA. PARA PAGAR TODOS IGUAIS.
- Em nossa região o CONTER conta apenas com um fiscal. assim não atende a todos, e em relação a formação devemos investir na fiscalização (visitas) nas escolas técnicas com as equipes de educação do CONTER.
- Deveria haver mais fiscalização. nos meus 7 anos de formação, nunca vi um fiscal do CRTR.
- O conselho da minha região só tem autonomia para cobrar que o trabalho tenha o curso técnico, seja filiado ao conselho com sua anuidade em dia. Os demais assunto eles não podem ou não fazem nada. Existem diversos serviços de radiologia sem condições mínimas de segurança e infraestrutura para os pacientes e trabalhadores TERIAM QUE FISCALIZAR MAIS.
- Deveríamos discutir mais e mais sobre as pessoais inaptas que operam aparelhos de raios-x e serviços de segurança (PRF,aeroporto, correios, bancos, estádios etc). POR QUE AINDA NÃO ABRANGE AS NECESSIDADES DO NOSSO ESTADO. AINDA TEM MUITA COISA FEIA AQUI NO MARANHÃO.
- Pouca atitude , excesso de sigilo, não informam as atividades.
- não temos um conselho e nem um sindicato atuante
- Já foi feita uma denuncia em relação as más condições do meu local de trabalho e não houve uma fiscalização efetiva.
- porque o CONTER só quer saber das mensalidades e a fiscalizar as empresas de radiografia industrial não ocorre pois tem muita gente que não é formada e esta trabalhando fiscalizam anualmente.