

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PAMPA

FERNANDA CRISTINA FOSS DE ZORZI

**O TRABALHADOR (A) NO CONTEXTO DA SAÚDE PÚBLICA MUNICIPAL:
ANÁLISE DO DESENVOLVIMENTO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO
TRABALHADOR E DA TRABALHADORA NO MUNICÍPIO DE SÃO BORJA**

São Borja

2018

FERNANDA CRISTINA FOSS DE ZORZI

**O TRABALHADOR (A) NO CONTEXTO DA SAÚDE PÚBLICA MUNICIPAL:
ANÁLISE DO DESENVOLVIMENTO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO
TRABALHADOR E DA TRABALHADORA NO MUNICÍPIO DE SÃO BORJA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação
Stricto-sensu em Políticas Públicas da Universidade
Federal do Pampa, como requisito parcial para obtenção
do Título de Mestre em Políticas Públicas.

Orientador (a): Angela Quintanilha Gomes

São Borja

2018

Ficha catalográfica elaborada automaticamente com os dados fornecidos
pelo(a) autor(a) através do Módulo de Biblioteca do
Sistema GURI (Gestão Unificada de Recursos Institucionais) .

D27883363t De Zorzi, Fernanda Cristina Foss

O TRABALHADOR (A) NO CONTEXTO DA SAÚDE PÚBLICA
MUNICIPAL: ANÁLISE DO DESENVOLVIMENTO DA POLÍTICA NACIONAL
DE SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA NO MUNICÍPIO DE
SÃO BORJA / Fernanda Cristina Foss De Zorzi.

183 p.

Dissertação(Mestrado)-- Universidade Federal do Pampa,
MESTRADO EM POLÍTICAS PÚBLICAS, 2018.

"Orientação: Angela Quintanilha Gomes".

1. Saúde. 2. Trabalho. 3. Política Pública. 4.
Trabalhador. 5. Dignidade da Pessoa Humana. I. Título.

FERNANDA CRISTINA FOSS DE ZORZI

**O TRABALHADOR (A) NO CONTEXTO DA SAÚDE PÚBLICA MUNICIPAL:
ANÁLISE DO DESENVOLVIMENTO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO
TRABALHADOR E DA TRABALHADORA NO MUNICÍPIO DE SÃO BORJA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação
Stricto - sensu em Políticas Públicas da Universidade
Federal do Pampa, como requisito parcial para obtenção
do Título de Mestre em Políticas Públicas.

Área de concentração: Políticas Públicas

Dissertação defendida e aprovada em: 09 de julho de 2018

Banca examinadora:

Professor (a) Doutor (a) Angela Quintanilha Gomes

Orientadora

UNIPAMPA

Professor (a) doutor (a) Loiva de Oliveira

Membro da banca

UNIPAMPA

Professor doutor Muriel Pinto

Membro da banca

UNIPAMPA

AGRADECIMENTO

Agradeço, primeiramente, a Deus pela graça de conquistar o sonho almejado já há muito tempo e por me permitir chegar até o fim desta jornada de aprendizado.

Agradeço à minha família pela compreensão nos momentos em que estive distante, e pela força nos momentos em que pensei em desistir.

Agradeço aos professores que fizeram parte da minha trajetória contribuindo com o conhecimento.

Meu agradecimento especial à minha orientadora Angela, que esteve presente em todos os momentos percorridos: naqueles que me fizeram sorrir e principalmente naqueles em que a vontade de desistir foi mais forte, no amparo as minhas dúvidas e sempre me colocando no direcionamento do caminho certo.

Resumo

Este trabalho apresenta um estudo realizado sobre o contexto do trabalhador na saúde pública do município de São Borja, especificamente, nos territórios da atenção básica, onde estão inseridas as equipes da Estratégia de Saúde da Família. Tal estudo possuiu a finalidade de analisar o desenvolvimento da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora PNSTT, como Política Pública social, a qual abrange a atenção e a organização desta de forma transversal aos princípios da política principal da saúde que é a Lei Orgânica da Saúde – LOS, formadora do Sistema Único de Saúde- SUS. Porém a PNSTT possui seus princípios, suas diretrizes e suas competências bem definidas para sua implementação pelos gestores dos entes federados. Neste estudo também foi abordado a questão da saúde e do trabalho como direitos humanos de forma universal, e direitos fundamentais inseridos na Constituição Federal, possuindo relação intrínseca com a dignidade da pessoa humana. Foi utilizada metodologia dedutiva, com método estatístico (quantitativo) e descritivo (qualitativo), abordadas técnicas de pesquisa como o levantamento bibliográfico, a pesquisa documental, a observação simples e a aplicação de questionários. A população estudada foram os gestores da saúde, os profissionais da saúde e o trabalhador usuário dos territórios da atenção básica do município. Por fim, este estudo resultou no aprofundamento do conhecimento das questões que permeiam a teoria de análise das Políticas Públicas. Principalmente, na verificação do desenvolvimento da PNSTT no município, através do estudo das competências do gestor municipal respectiva a esta política, que deve resultar em assertividade na organização da atenção à saúde através das ações e dos serviços planejados e executados aos trabalhadores. Ainda, este estudo propiciou a elaboração de um produto técnico, que é um Diagnóstico da Política estudada referenciado no Planejamento Estratégico Territorial, o qual resultou em uma matriz FOFA direcionando a produção de duas ações multidisciplinares e intersetoriais: a primeira formação de um grupo pesquisa (Política Pública Social: saúde, trabalho, direito e desenvolvimento regional) dentro da Universidade do Pampa- UNIPAMPA e o segundo, Fóruns comunitários para formação dos trabalhadores e profissionais da saúde dentro dos temas vinculados ao grupo de pesquisa.

Palavras-chave: Trabalhador, saúde, trabalho, dignidade humana, política pública.

Resumen

Este trabajo presenta un estudio realizado sobre el contexto del trabajador en la salud pública del municipio de São Borja, específicamente, en los territorios de la atención básica, donde se insertan los equipos de la Estrategia de Salud de la Familia. Este estudio poseyó la finalidad de analizar el desarrollo de la Política Nacional de Salud del Trabajador y de la Trabajadora PNSTT, como Política Pública social, la cual abarca la atención y la organización de ésta de forma transversal a los principios de la política principal de salud que es la Ley Orgánica de la Salud - LOS, formadora del Sistema único de Salud-SUS. Pero la PNSTT posee sus principios, sus directrices y sus competencias bien definidas para su implementación por los gestores de los entes federados. En este estudio también se abordó la cuestión de la salud y del trabajo como derechos humanos de forma universal, y derechos fundamentales insertados en la Constitución federal, poseyendo relación intrínseca con la dignidad de la persona humana. Se utilizó metodología deductiva, descriptiva y estadística, resultando en una investigación cuantitativa, abordados métodos de investigación como el levantamiento bibliográfico, la observación simple y la aplicación de cuestionarios. La población estudiada fueron los gestores de la salud, los profesionales de la salud y el trabajador usuario de los territorios de la atención básica del municipio. Por último, este estudio resultó en la profundización del conocimiento de las cuestiones que permean la teoría de análisis de las Políticas públicas. Principalmente, en la verificación del desarrollo de la PNSTT en el municipio, a través del estudio de las competencias del gestor municipal correspondiente a esta política, que debe resultar en asertividad en la organización de la atención a la salud a través de las acciones y de los servicios planificados y ejecutados a los trabajadores. En este estudio propició la elaboración de un producto técnico, que es un Diagnóstico de la Política estudiada referenciado en la Planificación Estratégica Territorial, el cual resultó en una matriz FOFA dirigiendo la producción de dos acciones multidisciplinares e intersectoriales: la primera formación de un grupo de investigación En la Universidad de Pampa-UNIPAMPA y el segundo, Foros comunitarios para la formación de los trabajadores y profesionales de la salud dentro de los temas vinculados al grupo de investigación.

Palabras clave: Trabajador, salud, trabajo, dignidad humana, política pública.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Rede de atenção à saúde do trabalhador (Básica e MAC).....	25
Figura 2 - Estabelecimentos de saúde cadastrados no município de São Bo.....	26
Figura 3 - Região de Saúde – 12º Coordenadoria de Saúde.....	26
Figura 4 - Mapa região CEREST/RS.....	28
Figura 5 - Mapa da região COREDE- Região 6.....	29
Figura 6 - Cadastro Central de empresas (2015).....	33
Figura 7 - Estrutura institucional e decisória do SUS.....	61
Figura 8 - Fluxos do processo decisório e a entrada de temas na agenda do governo.....	70
Figura 9 - Organograma gestão municipal da saúde 2016.....	78

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1 - Arranjo Populacional (2010).....	31
Quadro 2 - Perfil São Borja.;;;.....	32
Quadro 3 - Trabalho e rendimento.....	32
Quadro 4 - Dados socioeconômicos da cidade São Borja.....	33
Quadro 5 - Quantidade total de acidentes - 2014/2016.....	34
Quadro 6 - Quantidade total de acidentes com Comunicação de Acidente de Trabalho- CAT registradas no Brasil - 2014/2016.....	35
Quadro 7 - Quantidade total de acidentes com CAT registradas no Rio Grande do Sul - 2014/2016.....	36
Quadro 8 - Quantidade total de acidentes com CAT registradas em São Borja - 2014/2016.....	36
Quadro 9 - Quantidade total de acidentes sem CAT registradas - 2014/2016.....	37
Quadro 10- Quantidade total de acidentes distribuídos por sexo no Rio Grande do Sul - 2013/2015.....	38
Quadro 11 - Constituições e o direito à saúde no trabalho.....	52
Quadro 12 - Saúde na Constituição Federal: o direito fundamental.....	54
Quadro 13: Instituições que contribuíram com PNSTT.....	58
Quadro 14: Interpretação das variáveis dependentes.....	76
Quadro 15: Competências da PNSTT para desenvolvimento na visão dos gestores.....	93
Quadro 16: Competências da PNSTT para desenvolvimento na visão do profissional da saúde.....	117
Tabela 1: Valores repassados do Governo Federal para o município de São Borja em 2017.....	95

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Número de gestores.....	77
Gráfico 2 - Formação dos gestores.....	79
Gráfico 3 - Escolaridade dos gestores.....	80
Gráfico 4 - Sexo dos gestores.....	81
Gráfico 5 -Tempo de atuação no setor saúde.....	82
Gráfico 6 - Do conhecimento da PNSTT.....	82
Gráfico 7 - Desenvolvimento da PNSTT.....	83
Gráfico 8 - Ações desenvolvidas para atender a PNSTT.....	84
Gráfico 9 - Serviços de saúde realizadas no município.....	85
Gráfico 10 - Execução das ações e serviços de saúde do trabalhador.....	87
Gráfico 11- Coordena a implementação da PNSTT.....	88
Gráfico 12 - Estratégias para o fortalecimento da participação da comunidade.....	88
Gráfico 13- Institui cadastro de empresas com indicação de risco para os trabalhadores..	89
Gráfico 14 - Perfil produtivo dos trabalhadores.....	90
Gráfico 15 - Capacitação dos gestores para desenvolvimento da PNSTT.....	91
Gráfico 16- Promove capacitação aos profissionais da saúde.....	92
Gráfico 17 - Programa de qualidade de vida.....	92
Gráfico 18 - Número de profissionais de saúde da atenção básica.....	99
Gráfico 19 - Distribuição por unidades de saúde.....	100
Gráfico 20- Distribuição dos profissionais nos bairros.....	101
Gráfico 21 - Formação dos profissionais da saúde.....	102
Gráfico 22 - Escolaridade dos profissionais da saúde	103
Gráfico 23 - Sexo dos profissionais da saúde.....	104
Gráfico 24- Raça dos profissionais da saúde.....	105
Gráfico 25: Do conhecimento da PNSTT	106
Gráfico 26: Desenvolvimento da PNSTT.....	107
Gráfico 27: Ações desenvolvidas para atender a PNSTT.....	108
Gráfico 28- Serviços desenvolvidos para atender a PNSTT.....	109
Gráfico 29 -Execução das ações e serviços da saúde do trabalhador	111
Gráfico 30 - Coordena a implementação da PNSTT.....	112
Gráfico 31- Estratégias para o fortalecimento da participação da comunidade.....	113

Gráfico 32 - Institui cadastro de empresas com indicação de risco para os trabalhadores.	114
Gráfico 33- Perfil produtivo dos trabalhadores.....	114
Gráfico 34- Capacitação aos profissionais da saúde	115
Gráfico 35 - Número de capacitações recebidas.....	116
Gráfico 36 -Programa de qualidade de vida.....	116
Gráfico 37 - Número de trabalhadores usuários pesquisados nas unidades de saúde.....	118
Gráfico 38 - Escolaridade dos trabalhadores usuários das unidades da atenção básica....	119
Gráfico 39 -Idade dos trabalhadores usuários das unidades da atenção básica.....	120
Gráfico 40 - Sexo dos trabalhadores usuários das unidades da atenção básica.....	120
Gráfico 41 - Raça dos trabalhadores usuários das unidades da atenção básica.....	121
Gráfico 42 - Residência no território.....	122
Gráfico 43- Tempo que reside no território.....	122
Gráfico 44- Profissão dos usuários trabalhadores.....	123
Gráfico 45- Ocupação dos usuários trabalhadores.....	124
Gráficos 46 e 47 - Vínculo empregatício e inserção no mercado de trabalho.....	125
Gráfico 48 - O trabalhador possui salário.....	126
Gráfico 49- Motivo que procura o serviço de saúde.....	127
Gráfico 50- Percepção das ações individuais de saúde desenvolvidas no território.....	128
Gráfico 51 e 52- Percepção das ações coletivas desenvolvidas.....	129
Gráfico 53 e 54 -Percepção do atendimento como trabalhador.....	130
Gráfico 55- Participa do conselho de saúde.....	131
Gráficos 56 - Percepção quanto à QVT	132
Gráfico 57 - Percepção do significado de QVT.....	133
Gráfico 58 - Percepção quanto ao reflexo da QVT.....	134

LISTA DE SIGLAS

ABS - Atenção Básica à Saúde
AET - Anuário de Acidentes do Trabalho
APS - Atenção Primária da Saúde
CAPS - Centro de Atenção Psico-social
CAT- Comunicado de Acidente de Trabalho
CDI - Centro de Diagnóstico e Imagem
CEMAE - Centro Médico de Atendimento Especializado
CEO - Centro de Especialidades Odontológicas
CEREST- Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CGSAT - Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador
CIB - Comissão Intergestora Bipartite
CLT- Consolidação das Leis do trabalho
COMUDE - Conselho Municipal de Desenvolvimento
COREDE - Conselho Regional de Desenvolvimento
CTI - Centro de Terapia Intensiva
EACs - Estratégia Agentes Comunitários de Saúde
ESF- Estratégia da Saúde da Família
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INSS- Instituto Nacional da Seguridade Social
IPEA - Instituto de Pesquisas de Economia e Administração
LOS - Lei Orgânica da Saúde
MAC - Média e Alta Complexidade
MERCOSUL - Mercado Comum do Sul
MPS- Ministério da Previdência Social
MS – Ministério da Saúde
MTb - Ministério do Trabalho
NASF - Núcleo de Apoio à saúde da Família
NOAS - Norma Operacional de Assistência à Saúde
NR - Norma Regulamentadora
OIT - Organização Internacional do Trabalho
OMS - Organização Mundial da Saúde

ONU- Organização das Nações Unidas
OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde
PAG - Plano de Ação Global
PDI - Plano Diretor de Investimento
PDR - Plano Diretor de Regionalização
PEA - População Economicamente Ativa
PLANSAT - Plano Nacional de Saúde e Segurança no trabalho
PMS - Plano Municipal da Saúde
PNSTT - Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora
PPGPP - Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas
PPI - Programação Pactuada e Integrada
RAS - Rede de Atenção a Saúde
RENAST - Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
SAE - Serviço de Atendimento Especializado
SES – Secretaria Estadual da Saúde
SST - Segurança e Saúde no Trabalho
SUS - Sistema Único de Saúde
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
VISAT - Vigilância em Saúde do Trabalhador
PNAB – Política Nacional da Atenção Básica
PNH- Política Nacional de Humanização

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO: APRESENTANDO O ESTUDO	16
2 CONTEXTUALIZANDO A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE EM UMA CIDADE DE FRONTEIRA: SÃO BORJA	23
2.1 Apresentando um perfil do trabalho no município de fronteira	31
2.2 Realidade dos acidentes do trabalho no Brasil, no Rio Grande do Sul e em São Borja	34
2.3 Percurso metodológico no território: o desenvolvimento do estudo na cidade fronteiriça	38
3 APRESENTANDO UM REFERENCIAL TEÓRICO: TRABALHO, SAÚDE E DIGNIDADE HUMANA.....	42
3.1 Instituições e hierarquia organizacional do sistema de saúde e a saúde do trabalhador	53
3.2 A Formulação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora (PNSTT) como política pública de saúde.	64
4. ANALISANDO OS DADOS	76
4.1 Conhecimento dos gestores acerca das competências do município dentro da PNSTT.....	77
4.1.1 Do perfil dos gestores.....	77
4.1.2 Do conhecimento e do desenvolvimento da PNSTT	82
4.1.3 Conhecimento pertinente às competências do município relacionadas à execução da PNSTT	86
4.2. Conhecimento do profissional da saúde inserido na atenção básica acerca das competências do município dentro da PNSTT	98
4.2.1 Do perfil dos profissionais da saúde	98
4.2.2 Do conhecimento e do desenvolvimento da PNSTT	105
4.2.3 Conhecimento pertinente às competências do município relacionadas à execução da PNSTT	111
4.3.1 Do perfil do trabalhador usuário.....	118
4.3.2 A percepção dos serviços de saúde.....	127
5 CONCLUSÃO.....	136
6 REFERÊNCIAS	143

APÊNDICE A	157
APÊNDICE B.....	159
APÊNDICE C.....	162
APÊNDICE D	170
ANEXO A	176
ANEXO B	177
ANEXO C:	178

1 Introdução: Apresentando o estudo

O contexto do trabalho representa um grande significado quando falamos em doenças/acidentes gerados no ambiente de trabalho que podem ser físicas ou psicológicas. Doenças ocupacionais ou do trabalho¹, dependendo de sua classificação, mas que impactam sobre o bem-estar do trabalhador e sobre a possibilidade de visualizar uma qualidade de vida proporcionada pelo trabalho, que possa se refletir no dia-a-dia, fora do ambiente laboral, no seu convívio familiar e social.

O ambiente do trabalho está relacionado ao desencadeamento de algumas doenças/acidentes no desenvolver do processo saúde/doença do trabalhador. Devemos considerar que o processo a pouco citado possui alguns fatores que são condicionantes e ou determinantes, no qual, o fator ambiental, onde ocorre exposição do trabalhador aos riscos ocupacionais, é um deles (BREVIGLIERO, POSSEBON, SPINELLI, 2011).

São considerados determinantes e ou condicionantes do binômio saúde/doença: o fator **biológico** (sistemas do corpo, idade, sexo,), o fator **psicossocial** (raiva, depressão, isolamento social), os fatores **culturais** (estilo e condições de vida, trabalho), o fator **socioeconômico** (trabalho, renda, alimentação, habitação, consumo), e, por **último e muito importante, o fator ambiental** (preservação do meio ambiente, local onde a pessoa interage). Podemos dizer que o trabalho está inserido nos fatores socioeconômicos, culturais, psicossociais e no meio ambiente (STARFIELD, 2002). (grifo nosso)

Um assunto a ser enfatizado é a precarização do trabalho, ou a falta do trabalho decente, gerando desemprego, informalidade, falta de segurança, ambiente de trabalho insalubre e falta de serviço de saúde organizado ao trabalhador, no mundo e no Brasil, reflexo muitas vezes das políticas econômicas e sociais dos países.

A Saúde do Trabalhador é entendida como uma área do conhecimento que objetiva entender as relações do trabalho e os processos nelas inseridos, principalmente a saúde e a doença, estas estritamente vinculadas com os modos produtivos e de desenvolvimento humano (BRASIL, 2002).

¹ Lei 8.213 de 24 de julho de 1991 Art. 20. Consideram-se acidente do trabalho, nos termos do artigo anterior, as seguintes entidades mórbidas: I - doença profissional, assim entendida a produzida ou desencadeada pelo exercício do trabalho peculiar a determinada atividade e constante da respectiva relação elaborada pelo Ministério do Trabalho e da Previdência Social; II - doença do trabalho, assim entendida a adquirida ou desencadeada em função de condições especiais em que o trabalho é realizado e com ele se relacione diretamente, constante da relação mencionada no inciso I (BRASIL, 1991).

Segundo o caderno de atenção básica de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde, as ações que deverão ser desenvolvidas em nível local quanto à rede básica de saúde municipal são: registrar a População Economicamente Ativa (PEA), registrar as diversas atividades ativas na área de atuação assim como os diversos perigos e riscos que podem afetar os trabalhadores, população e meio ambiente, integrantes da família trabalhadores (formal, informal, desempregado, doméstico); trabalho infantil; ocorrência de acidentes e ou doenças do trabalho; organizar e analisar dados obtidos principalmente em visitas domiciliares; desenvolver educação em saúde do trabalho, incluir a ocupação nas fichas de atendimento; planejar e executar ações de vigilância nos locais de trabalho; desenvolver juntamente com a comunidade e instituições públicas ações para resolver problemas encontrados (BRASIL, 2002).

O conceito de trabalho decente é abordado pela Organização Internacional do Trabalho (OIT), com atributos de respeito aos direitos fundamentais do trabalhador permitindo uma vida digna a este e sua família, suprindo necessidades básicas como: alimentação, habitação, saúde, seguridade social e educação. Deve garantir direito de associação sindical, de negociação coletiva, erradicar o trabalho escravo e infantil e suas formas de discriminação e preconceito. (BRASIL, 2006) No mesmo documento citado há pouco, encontramos o texto a seguir: “Enfim, trabalho decente é emprego de qualidade com proteção social, respeito aos direitos fundamentais do trabalhador e diálogo social.” (BRASIL, 2006, p. 10)

O diálogo social é descrito como a relação de participação dos trabalhadores, dos empregadores e governos (tripartite) nas decisões acerca do trabalho e locais em que estes acontecem. Abrangendo ações como as negociações, e troca de conhecimento pertinente a políticas econômicas, do trabalho e sociais, também se assemelha à participação social dando voz à sociedade. (OIT, 2013)

O estudo realizado através do Ministério do Trabalho e Emprego sobre trabalho decente nas Américas (2006) vem contribuir apresentando a realidade do trabalho no Brasil: altas taxas de trabalhadores sem carteira assinada, ou contrato que lhe garanta a seguridade. Restringindo acesso a direitos como seguro desemprego ou auxílio doença, diminuindo assim a proteção social ao trabalhador.

O trabalhador tem em sua defesa uma legislação nacional que ampara a promoção e proteção de sua saúde em relação ao trabalho, como exemplo, a Portaria 1.823 de 23 de

agosto de 2012² referente à Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT). Esta em seu artigo segundo apresenta como sua finalidade: definir princípios, diretrizes e estratégias que devem ser desenvolvidos pelos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS), respectivamente, em suas esferas de gestão.

O objeto de pesquisa deste estudo é o desenvolvimento da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) no município de São Borja dentro da atenção básica, direcionado à linha de pesquisa: **análise de programas, projetos e políticas governamentais do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas (PPGPP) Mestrado Profissional em Políticas Públicas**. Ou seja, analisar a organização do Sistema de Saúde do município na atenção ao trabalhador (a), na porta de entrada ao usuário do Sistema SUS, que é a atenção básica de saúde. Se há cumprimento das diretrizes da portaria 1.823/2012 que cria a política mencionada. Analisar como esta política está organizada na gestão de saúde municipal, se há assertividade nesta organização e recursos suficientes direcionados e aplicados ao atendimento das necessidades no que tange a saúde/doença do trabalhador.

Para a realização do estudo proposto foi elaborado como objetivo geral: Analisar o desenvolvimento da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), dentro da atenção básica de saúde do município de São Borja. E como objetivos específicos: verificar o conhecimento dos gestores e do profissional da saúde, da atenção básica, acerca das competências do município dentro da PNSTT; identificar a percepção por parte dos trabalhadores usuários sobre as ações de saúde desenvolvidas no município, dentro da atenção

²Portarias são uma das categorias dos Atos Ordinários, estes tem por finalidade regular o funcionamento da Administração e a conduta funcional de seus agentes sempre relacionado ao poder hierárquico. Assim, Portarias são atos do executivo que contém instruções ou ordens para aplicação de leis e regulamentos. Como exemplo é possível citar o preâmbulo da PNSTT: O MINISTRO DO ESTADO DA SAÚDE, no uso da atribuição que lhe confere o inciso II do parágrafo único art. 87 da Constituição, e Considerando que compete ao Sistema Único de Saúde (SUS) a execução das ações de saúde do trabalhador, conforme determina a Constituição Federal; Considerando o papel do Ministério da Saúde de coordenar nacionalmente a política de saúde do trabalhador, conforme o disposto no inciso V do art. 16 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; Considerando o alinhamento entre a política de saúde do trabalhador e a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST), instituída por meio do Decreto nº 7.602, de 7 de novembro de 2011; Considerando a necessidade de implementação de ações de saúde do trabalhador em todos os níveis de atenção do SUS; e Considerando a necessidade da definição dos princípios, das diretrizes e das estratégias a serem observados nas três esferas de gestão do SUS no que se refere à saúde do trabalhador, resolve: Art. 1º Fica instituída a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (BRASIL, 2012).

básica; elaborar um produto que possa ser utilizado para informação e capacitação de profissionais e usuários da saúde no desenvolvimento desta política.

A escolha do tema deste trabalho está relacionada à importância que o mesmo assume para o trabalhador, que é protagonista das ações de saúde as quais precisam ser direcionadas com efetividade para sua segurança e ou reabilitação quando necessário. A saúde do trabalhador apresenta como realidade, indicadores de acidentes e de agravos do trabalho, que podem afastar o trabalhador de suas ocupações, gerando outros fatores como: a incapacidade, os custos previdenciários e os efeitos negativos quanto ao desenvolvimento social. E, sobretudo, refletindo na qualidade de vida pessoal e mesmo dentro do seu território, da sua comunidade, do seu bairro e da sua cidade (BRASIL, 2015).

Assunto relevante de saúde pública frente a situações de acidentes, mortes, doenças profissionais e ocupacionais desencadeadas pelo ambiente do trabalho. O contexto acima é relatado no texto de ILO (2005) apud OMS (2010) enfatizando que a cada ano, aproximadamente, dois milhões de pessoas perdem suas vidas, resultados de acidentes de trabalho e ou doenças provocadas por este, aproximadamente 268 milhões de acidentes não fatais deixam trabalhadores em afastamento do ambiente ocupacional, pelo menos três dias. Além do ônus global provocado pelas doenças, principalmente, causados por estados depressivos provocados pelo trabalho.

No Brasil no ano de 2015, segundo relatório de inspeções do Ministério do Trabalho e Emprego, de janeiro a outubro do mesmo ano, ocorreram 1.777 acidentes, entre setores como agricultura, comércio, educação, saúde e outros (BRASIL, 2015).

A organização dos serviços públicos de saúde tem papel decisivo para atendimento de demandas geradas pelo trabalhador, usuário destes serviços, os quais podem desenvolver ações de promoção, proteção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde do trabalhador, ações respaldadas em lei que normatiza a rede e o conjunto de ações e estabelecimentos de saúde - SUS.

Podemos entender a organização do SUS sob três fundamentos: a rede, a regionalização (região de saúde) e a hierarquização (níveis de complexidade), pois quando a Constituição Federal de 1988 define o SUS como integrado, regionalizado e hierarquizado este deverá ser o modelo de atenção, de organização e de gestão (SANTOS, 2011).

A partir do ano de 2010 é sancionada a portaria 4.279 estabelecendo diretrizes para organização da Rede de Atenção a Saúde - RAS, sendo definida como arranjos organizados

de ações de saúde com diferentes tecnologias, com apoio técnico, logístico e de gestão, que buscam garantir a integralidade do cuidado. Possui como objetivo promover integração sistêmica de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária e eficiência econômica (BRASIL; 2010).

Vamos falar um pouco da atenção básica da saúde retomando um breve histórico: a Atenção Primária à Saúde - APS inicia na década de 1970- Conferência De Alma Ata³, esse modelo conceitua-se por ênfase ao fator proximidade entre pessoas, está relacionado ao diagnóstico e às necessidades e saúde delas. Possui características como: longitudinalidade (importância ao território), integralidade, promoção de ações intersetoriais (lixo, saneamento, habitação, educação), coordenação, gestão de informações e ações de saúde (MILLÃO, FIGUEIREDO, 2012).

Observa-se que os termos e conceitos guardam semelhanças, mas também diferem entre si. A ideia de “Atenção Primária à Saúde” sugere arranjos físicos e organizacionais – uma verdadeira “reforma” do Sistema de Saúde – e também se refere a níveis de atenção do Sistema de Saúde, a estratégias e a enfoques, dependendo, também, do país ou região do mundo em que elas se desenvolvem ou são implantadas (CEREST, 2010).

Os cuidados primários de saúde, ou atenção básica, adaptados às condições econômicas, socioculturais e políticas de uma região deveriam incluir pelo menos: a educação em saúde, a nutrição adequada, o saneamento básico, os cuidados materno-infantis, o planejamento familiar, as imunizações, a prevenção e o controle de doenças endêmicas e de outros frequentes agravos à saúde, e na provisão de medicamentos essenciais (SCLIAR, 2007).

Seguindo com a ideia acima, as características de um sistema de saúde centrado em Atendimento Primário à Saúde, no documento “Renovação da Atenção Primária da Saúde nas Américas”, da OPAS/OMS (2010), destaca: a) acesso e cobertura universal; b) atenção integral e integrada; c) ênfase na prevenção e na promoção; d) atenção adequada e efetiva;

³ Em 1977, em sua trigésima reunião anual, a Assembléia Mundial de saúde decidiu unanimemente que a principal meta social dos governos participantes deveria ser “a obtenção por parte de todos os cidadãos do mundo de um nível de saúde no ano de 2000 que lhes permitirá levar vida social e economicamente produtiva”. Hoje conhecida como “Saúde para Todos no Ano de 2000”, esta declaração desencadeou uma série de atividades que tiveram um grande impacto sobre o pensamento a respeito da atenção primária uma série de atividades que tiveram grande impacto sobre o pensamento a respeito da atenção primária. Os princípios foram enunciados em uma conferência realizada em Alma Ata e trataram do tópico da “atenção primária à saúde”. O consenso lá alcançado foi confirmado pela Assembléia Mundial de Saúde em sua reunião subsequente, em maio de 1979. Onde houve a definição de *atenção primária à saúde* (STARFIELD, 2002, p.30) (grifo do autor).

e) orientação familiar e comunitária; f) organização e gestão otimizadas; g) políticas e programas que estimulem a equidade; h) primeiro contato; i) recursos humanos apropriados; j) planejamento e recursos adequados e sustentáveis; k) ações inter-setoriais, com enfoques comunitários.

Em nosso país a atenção primária está inserida no espaço da Atenção Básica da Saúde - ABS surge para evitar uma concepção de assistência simplificada e de baixo custo. Entendida como primeiro nível de atenção e como estratégia de reorientação do SUS buscando atuação intersetorial. Levando em conta os princípios constitucionais da saúde: universalidade de acesso, da responsabilização, da humanização, da equidade, da participação social e interdisciplinaridade (MILLÃO, FIGUEIREDO, 2012).

As autoras acrescentam que a ABS deve considerar a pessoa em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural, busca a promoção da saúde, a prevenção, o tratamento das doenças e a redução dos danos que impossibilitam viver de modo saudável. A ABS possui funções como promoção da saúde (ações preventivas como a educação para a saúde gerando conhecimento, informação e melhores hábitos de vida), acolhimento da demanda (acolhida, ações e serviços na unidade de saúde, visita domiciliar) e clínica reformulada (a doença é vista no contexto em que vive o sujeito).

Este estudo está composto de cinco capítulos, por conseguinte, no capítulo dois, é apresentado uma contextualização do território da cidade de fronteira, abordando a realidade demográfica e socioeconômica, além de acidentes e doenças do trabalho ocorridas no Brasil, no Rio Grande do Sul e em São Borja nos anos de 2014 a 2016. Neste capítulo também está inserida toda a metodologia utilizada para a realização do estudo no território apresentado.

No capítulo três, é apresentado um referencial teórico, trazendo estudos e autores que pesquisam e escrevem sobre a saúde do trabalho, o qual está dividido em dois sub- capítulos. Inicialmente trazendo uma abordagem sobre o conceito de saúde e doença ligado ao trabalho, a relação com instituições internacionais e os reflexos gerados na saúde do trabalhador no Brasil. Neste, é apresentada a saúde do trabalho como princípio fundamental ligado à dignidade da pessoa humana. No primeiro subcapítulo são abordadas as instituições que respaldam a criação da PNSTT e a hierarquia organizacional do Sistema de Único de Saúde (SUS). Por fim, no segundo subcapítulo é apresentada a descrição da formulação e teorias das políticas públicas, em específico, a política apresentada neste estudo.

No capítulo quatro, está a apresentação dos dados consolidados através de gráficos e quadros de resultados os quais estão discutidos dentro do contexto observado e registrado. Tais dados são apresentados por grupos de população alvo estudada: o gestor da saúde, o profissional da área da saúde e também o trabalhador usuário da atenção básica.

Por fim, é apresentada a conclusão com uma análise geral dos dados gerados em relação aos objetivos que se pretendia alcançar com este estudo. Assim como, apresentação de possíveis propostas de tratamento dos resultados positivos e negativos que possa ter surgido durante as análises dos dados consolidados com a construção de um produto técnico, para orientar ações que possam ser aplicadas de forma intersetorial: universidade, gestão da saúde do município e comunidade esta representada pelos usuários trabalhadores.

2 Contextualizando a rede de atenção à saúde em uma cidade de fronteira: São Borja

A saúde é vista como setor estratégico que influencia no desenvolvimento sustentável de regiões, principalmente em fronteiras. Esta chamou a atenção dos formuladores de políticas voltadas para a integração das mesmas, resultando na certeza de que sem planejamento de saúde nestes locais, as dificuldades de desenvolvimento não poderão ser resolvidas (GADELLA, COSTA, 2007).

Os mesmos autores afirmam que, os municípios de fronteira do Brasil têm grande dificuldade de prover a saúde integral à sua população, resultado de insuficiência de recursos humanos, materiais e estruturais, assim como de procedimentos de média e alta complexidade. Outros fatores que dificultam são as distâncias das cidades e dos centros de referências, além da população flutuante nestas áreas de fronteira que diminuem recursos de repasse do SUS, sendo o cidadão fronteiriço o principal prejudicado. Para complementar tal contexto o texto abaixo, abrange um pouco da realidade do Mercado Comum do Sul - MERCOSUL⁴ ao qual o Brasil é membro, refletindo assim, nas cidades de fronteira:

A realidade individual, política e econômica dos países do MERCOSUL não representa obstáculo às negociações do bloco. O respeito à soberania e as diversidades existentes nos países é fundamental para que a integração ocorra de forma democrática e bem estruturada, convergindo para a consolidação de uma Ibero- América mais forte e pacífica. A Argentina, o Brasil, o Uruguai e o Paraguai, ao assinar este acordo, alcançaram um grande avanço na integração da América Latina. Nunca houve um projeto de interconexão tão profundo como o MERCOSUL, que incluiu, posteriormente, a participação de Bolívia, Chile, Equador, Colômbia, Peru e Venezuela (MENDES et al, 2016, p. 158).

A cidade de São Borja/RS nasceu a partir do desmembramento do município de Rio Pardo em 1682, passando a ser a Comarca desmembrada com o núcleo habitacional permanente mais antigo do território do Rio Grande do Sul, e conta com uma população de 61.671 habitantes (IBGE, 2010; DATASUS, 2016). O texto complementa: “Limita-se ao Norte com as cidades de Garruchos e Santo Antonio das Missões, ao Sul, faz fronteira com as cidades de Macambará e Itaqui; a Leste com as cidades de Itacurubi e Unistalda e, a Oeste, com a cidade de SantoTomé na Argentina (divisa demarcada pelo Rio Uruguai)” (PMS, 2014, p 15).

⁴ O MERCOSUL surge como uma variação latino-americana dos processos de globalização e integração regional, servindo como instrumento de modernização e inserção competitiva da região na nova economia mundial, além de garantir e destacar a temática social na agenda deste processo (WÜNSCH; GIONGO; MARTINS, 2016, p 157).

Cidade fronteiriça com a cidade de Santo Tomé da Argentina, esta compõe as cidades gêmeas, amparado pela Portaria 123 de 21 de março de 2014, e o Decreto 8.636 de 13 de março de 2016 que aborda o acordo de cidades vinculadas entre o Brasil e a Argentina. Tal acordo abrange alguns benefícios aos moradores da fronteira dos dois países como: o comércio, o trabalho, a educação, o trânsito fronteiriço vicinal, a saúde, o desenvolvimento e a infraestrutura. Quanto às cidades gêmeas é possível considerar que:

Art. 1º Serão considerados cidades-gêmeas os municípios cortados pela linha de fronteira, seja essa seca ou fluvial, articulada ou não por obra de infraestrutura, que apresentem grande potencial de integração econômica e cultural, podendo ou não apresentar uma conurbação ou semi-conurbação com uma localidade do país vizinho, assim como manifestações "condensadas" dos problemas característicos da fronteira, que aí adquirem maior densidade, com efeitos diretos sobre o desenvolvimento regional e a cidadania (BRASIL, 2014).

O sistema de saúde municipal, ou seja, as ações e serviços de saúde pública dentro do SUS, abordados na lei 8.080/1990, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente (Baixa, Média e Alta complexidade); e a gestão destes serviços também acontece de forma descentralizada, uma vez que no município acontece pela secretaria de saúde do mesmo (BRASIL, 1990). O texto abaixo relacionado à gestão da saúde do município de São Borja nos diz que:

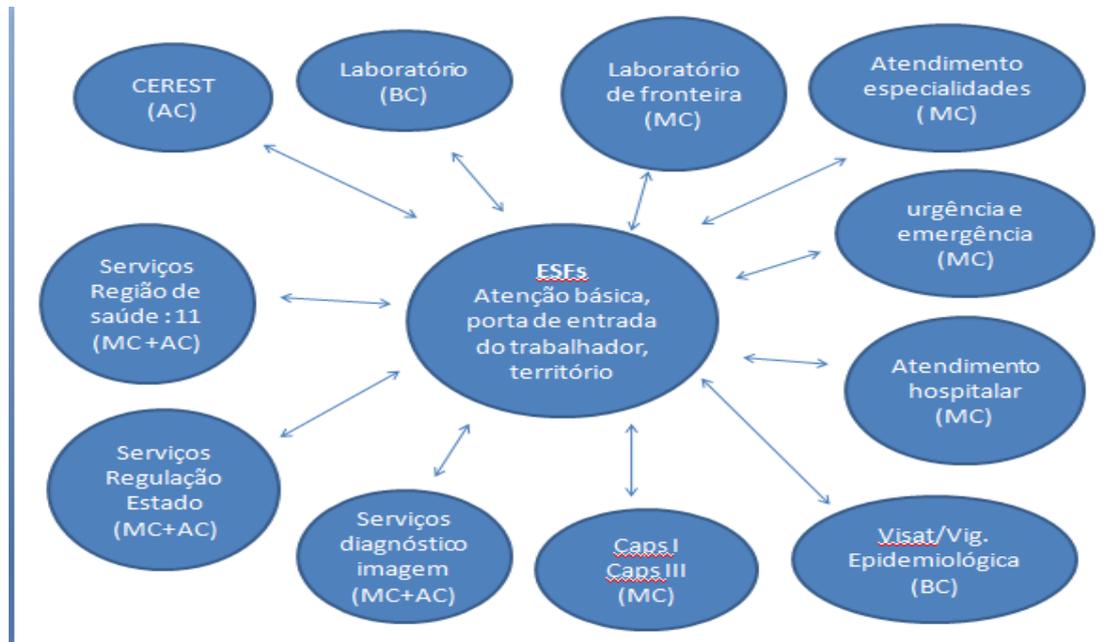
Conta com um espaço importante de discussão, planejamento, fiscalização, programação, e deliberação orçamentária para que ações de saúde aconteçam, principalmente as ações de saúde voltadas ao trabalhador (a): o Conselho Municipal de Saúde, criado através da lei 8142 de 1990 - órgão deliberativo das ações e investimentos na política de saúde, com constituição paritária, representantes do governo, trabalhadores em saúde, instituições e usuários, atuando no fomento à participação e controle social (ZORZI; PINTO, 2016, p. 2).

O município desenvolve a gestão plena da saúde desde 2009, que possibilita gerenciar, monitorar, avaliar e auditar todos os recursos vindos para desenvolver ações, programas que desenvolvam a promoção, a proteção, a prevenção, o tratamento e a reabilitação da saúde, inclusive atenção básica, média complexidade e alta complexidade. Além disso, os repasses dos recursos federais podem ser acompanhados através do Fundo Nacional da Saúde. Os recursos estaduais repassados ao município são referentes aos programas existentes no município e aos incentivos na área hospitalar (PMS; 2014).

A rede de atenção à saúde municipal está organizada através de estabelecimentos de saúde e equipes de saúde e ou profissionais prestadores de serviços, os quais estão distribuídos na atenção básica (Baixa Complexidade), na Média e na Alta Complexidade-

MAC (ações que fogem da resolutividade da porta de entrada) que é a unidade básica de saúde⁵. Abaixo segue a figura um, que demonstra a rede de acesso à saúde do trabalhador:

Figura 1- Rede de atenção à saúde do trabalhador (Básica e MAC)⁶



Fonte: Elaborado pela autora

Estas redes são caracterizadas por relações horizontais entre pontos da Atenção Básica da Saúde (ABS) e as necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização na atenção contínua e integral e pelo cuidado multiprofissional. Os dados do sistema DATASUS de maio de 2016, na figura dois, mostram o número de estabelecimentos de saúde para atenção à saúde dos usuários, nestes incluindo o trabalhador:

⁵ Baixa Complexidade (BC) ou básica: Estratégia de Saúde da Família, equipes (ESF), (Núcleo de Apoio à Saúde da Família com ênfase na interdisciplinaridade (NASF) e Estratégia Agentes Comunitários (EACs), imunização.

Média complexidade (MC): laboratório de fronteira; especializações médicas contratualizadas para serviço de referência e contra-referência; Pronto Atendimento Hospitalar; Serviço de Diagnóstico e Imagem (tendo procedimentos de alta complexidade e sendo referência regional para outros municípios); Hospital Geral (média e alta complexidade Centro de Terapia Intensiva (CTI) referência regional através da central de regulação; Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) I e CAPs III AD – Fronteira; Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) sendo referência para região; farmácia Básica, (popular e especializada); Centro de Atenção Materno Infantil; Serviço de Atendimento Especializado em doença transmissíveis (SAE)

Alta complexidade (AC): Clínica Hemodiálise; CTI; Laboratório de fronteira; Centro de Diagnóstico e Imagem (CDI) realização de tomografias e de ressonâncias).

⁶Elaborado pela autora através da observação participante e entendimento do fluxo de atendimento.

Figura 2 - Estabelecimentos de saúde cadastrados no município de São Borja

» CNES - ESTABELECIMENTOS POR NÍVEL DE ATENÇÃO - RIO GRANDE DO SUL

Quantidade Geral por Região de Saúde (CIR) segundo Tipo de Estabelecimento
 Município: 431800 São Borja
 Município gestor: 431800 São Borja
 Região de Saúde (CIR): 43011 11 Sete Povos Missões
 Período: Mai/2016

Tipo de Estabelecimento	43011 11 Sete Povos Missões
TOTAL	112
CENTRO DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA-CASF	2
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL-CAPS	2
CENTRO DE SAÚDE/UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE	15
CLÍNICA ESPECIALIZADA/AMBULATÓRIO ESPECIALIZADO	1
CONSULTÓRIO	74
HOSPITAL GERAL	1
LABORATÓRIO CENTRAL DE SAÚDE PÚBLICA - LACEN	1
POSTO DE SAÚDE	1
SECRETARIA DE SAÚDE	1
UNIDADE DE SERVIÇO DE APOIO DE DIAGNOSE E TERAPIA	12
UNIDADE MÓVEL DE NÍVEL PRE-HOSP-URGENCIA/EMERGENCI	2

Fonte: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/poprs.def>

Destes dados foi possível apresentar uma relação entre as cidades que constituem a região de saúde em que São Borja está inserida - a região 11 – Sete Povos das Missões - que faz parte da 12ª Coordenadoria de Saúde, totalizando 24 municípios pertencentes a esta coordenadoria como visualizado na figura três:

Figura 3- Região de Saúde – 12ª Coordenadoria de Saúde



Fonte: [http://www.saude.rs.gov.br/lista/169/12%C2%AA_CRS_\(Santo_%C3%82ngelo\)](http://www.saude.rs.gov.br/lista/169/12%C2%AA_CRS_(Santo_%C3%82ngelo))

Quando o trabalhador ou usuário necessita de um tratamento que o município através dos seus serviços, próprios ou contratualizados, não dispõe em seu território, este atendimento será referenciado através da região de saúde (12º Coordenadoria de Saúde) ao qual é repassada a necessidade, e esta encontrará na região um atendimento específico, e agendará o atendimento retornando à regulação do município em data e hora do atendimento.

Porém, se a necessidade de atendimento não existe na região de saúde, o setor de agendamento de consultas entra em contato com a regulação do estado em Porto Alegre e repassa a necessidade solicitada, que será analisada por uma equipe de médicos e agendado o atendimento conforme o risco ou prioridade de atendimento e não por ordem de solicitação. Este agendamento é repassado ao usuário através do setor de agendamento de referência e contra-referência.

Pertinente às ações de saúde do trabalhador no SUS foram desenvolvidas no decorrer dos anos diferentes formas de organização e estratégias nos três níveis de gestão. A criação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – RENAST - em 2002 que foi um marco importante, evidenciando o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – CEREST. Estes considerados como locais privilegiados de execução, de articulação e de pactuação de ações de saúde, intra e intersetorial, aumentando a visualização da área de saúde do trabalhador junto aos gestores e no controle social (CEREST, 2010). Serviço de apoio para a atenção à Saúde do Trabalhador e constante em lei que atua de forma regionalizada e desenvolve seu trabalho através da referência de serviços em saúde, educação aos profissionais da área de saúde, assim como suporte e desenvolvimento de pesquisa.

São Borja pertence ao CEREST de Ijuí, chamada de Macrorregião Missioneira, que realiza suas atividades desde janeiro de 2004. É um serviço especializado na área de saúde do trabalhador, objetivando principalmente a prevenção de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho. Integra 80 municípios com população aproximada de 890.250 habitantes, nesta região a economia é principalmente agrícola (soja, trigo, milho, fumo, feijão, aveia e hortaliça), além de encontrarem-se empresas com atividade metal-mecânicas e agronegócio. (CEREST / página Internet). O texto abaixo complementa:

[...]o CEREST Ijuí, localizado na região missioneira e referência para 52 municípios, sendo 03 deles de região de fronteira com a Argentina. São eles: Porto Xavier – San Javier (Argentina), Roque Gonzales – Itacaruaré (Argentina), **São Borja – Santo Tomé (Argentina)**. As atividades ocupacionais de maior representatividade são: agricultura, pecuária, serviço público, comércio varejista, construção civil, marcenaria, transportes, beneficiamento de alimentos e cooperativas (MENDES et al, 2016, p. 165) (grifo nosso).

O CEREST necessita ser entendido como estratégia possível de disseminação de práticas em saúde do trabalhador na rede do SUS, enquanto região de saúde. Representa, no território, um polo transmissor de cultura especializada através da relação processo de produção – saúde – trabalho–meio ambiente, com função de apoio científico aos profissionais dos serviços da rede SUS, gerando orientação nas práticas de atenção, concretizando-se em práticas conjuntas como: a intervenção especializada, a vigilância e a assistência especializada de maior complexidade (CEREST). Veja na figura quatro:

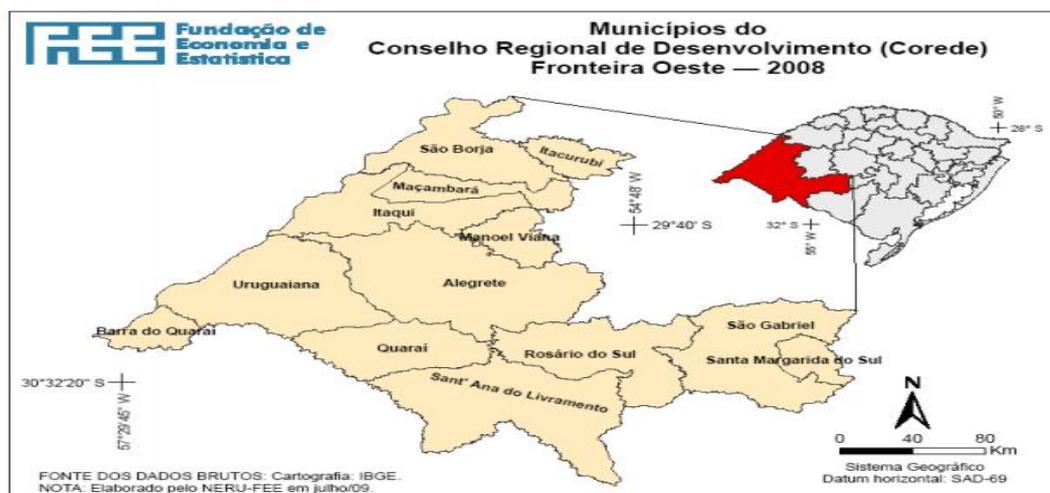
Figura 4- Mapa região CEREST/RS



Fonte: <http://www.cevs.rs.gov.br/informacoes-de-saude-do-trabalhador-no-territorio>

Outra região, porém de participação, planejamento de ações e desenvolvimento da atenção à saúde é o Conselho Regional de Desenvolvimento - COREDE onde na cidade de São Borja este espaço acontece através do Conselho Municipal de Desenvolvimento - COMUDE que se insere ao COREDE Fronteira Oeste na região 6, e que tem a participação de 13 municípios. Estes possuem comprometimento com a regionalização e desenvolvimento das regiões, através de investimentos, orçamento e políticas públicas no estado com a participação da sociedade (COREDE, 2010). Conforme figura cinco:

Figura 5- Mapa da região COREDE- Região 6



O município apresentou uma carta com propostas e metas estratégicas de desenvolvimento para o quadriênio (2011 a 2014) no fórum estadual dos COREDES e respectivamente quanto às estratégias sociais- saúde- referiu como meta: “Ampliar as políticas de promoção da saúde, através da prevenção, da atenção básica, do atendimento regionalizado à média e alta complexidade e da eficaz resposta em situações emergenciais ou de risco de epidemias” (COREDE, 2010, p. 43).

É possível evidenciar que as questões pertinentes à regionalização da saúde datam da efetuação da Constituição Federal de 1988, e ficam mais abrangentes a partir da Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS (2001) e também através da Portaria 399 de 2006 chamado de Pacto pela Saúde, composto por três elementos: o pacto pela vida evidenciando ações direcionadas a grupos de risco, doenças e atenção básica, o pacto em defesa do SUS constituindo diretrizes e ações e o pacto de gestão que está em: a) diretrizes para a gestão do SUS trazendo questões como planejamento, organização, descentralização e regionalização e; b) responsabilidade sanitária das instâncias gestoras do SUS.

Eixo estruturante do pacto de gestão, a regionalização, deve nortear a descentralização e os processos de negociação e pactuações dos gestores utilizando como instrumentos: o Plano Diretor de Regionalização – PDR, o Plano Diretor de Investimento – PDI e a Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde – PPI (BRASIL, 2006).

O Pacto pela Saúde (2006) em específico de gestão apresenta alguns objetivos da regionalização entre eles: garantir o acesso, a resolutividade e qualidade às ações e serviços de saúde cuja complexidade e contingente populacional transcendam a escala local/municipal;

garantir o direito à saúde; reduzir desigualdades sociais e territoriais e promover a equidade, ampliando a visão nacional dos problemas, associada à capacidade de diagnóstico e decisão loco regional, que possibilite os meios adequados para a redução das desigualdades no acesso às ações e serviços de saúde existentes no país entre outros

Quanto às regiões de saúde a mesma portaria (2006) contextualizada acima, apresenta o fato destas serem recortes territoriais inseridos em um espaço geográfico contínuo, identificadas pelos gestores municipais e estaduais a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação e infra-estrutura de transportes compartilhados do território. Para que este organize a rede de ações e serviços de saúde a fim de assegurar o cumprimento dos princípios constitucionais de universalidade do acesso, da equidade e da integralidade do cuidado.

Ainda, a organização da região de saúde deve fortalecer o controle social. Neste sentido envolve a constituição de uma rede de atenção à saúde regionalizada em uma determinada região, através da pactuação entre todos os gestores envolvidos, do conjunto de responsabilidades não compartilhadas e das ações complementares. Este último refere-se à atenção básica e às ações básicas de vigilância em saúde, que deverão ser assumidas em cada município, e, quando a suficiência em atenção básica e parte da média complexidade não forem alcançadas, deverá ser considerada no planejamento regional a estratégia para o seu estabelecimento junto com a definição dos investimentos, quando necessário.

Para garantir a atenção na alta complexidade e em parte da média, as regiões devem pactuar entre si arranjos inter-regionais, com agregação de mais de uma região em uma macrorregião. O ponto de corte da média complexidade que deve estar na região ou na macrorregião deve ser pactuado na Comissão Intergestora Bipartite - CIB, a partir da realidade de cada estado, entre outros (2006). Assim:

Transcorridas quase duas décadas do processo de institucionalização do Sistema Único de Saúde, a sua implantação e implementação evoluíram muito, especialmente em relação aos processos de descentralização e municipalização das ações e serviços de saúde. O processo de descentralização ampliou o contato do Sistema com a realidade social, política e administrativa do país e com suas especificidades regionais, tornando-se mais complexo e colocando os gestores à frente de desafios que busquem superar a fragmentação das políticas e programas de saúde por meio da organização de uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços e da qualificação da gestão (BRASIL, 2006, p. 7).

No que se refere à região de fronteira é estabelecido o seguinte: regiões fronteiriças são formadas a partir de municípios limítrofes com países vizinhos. Nestes casos, o Ministério da Saúde deve somar esforços para promover articulação entre os países e órgãos envolvidos, na busca de implementação do sistema de saúde resultando na organização da atenção nos

municípios fronteiriços, gerenciando e estimulando a formação dessas regiões bem como participar do Colegiado de Gestão Regional (BRASIL, 2006). Neste sentido o texto abaixo evidencia que:

O conceito de território transcende a dimensão de espaço geográfico fixo. Ele está em permanente construção, apresentando características epidemiológicas, demográficas, políticas e sociais dinâmicas, que se traduzem no confronto cotidiano entre as demandas de saúde, expressas pelos atores sociais e a oferta de serviços. Porém, mesmo esse enfoque ampliado de territorialização tem sido criticado por não contemplar toda a complexidade dos fatores de risco para a saúde, decorrentes de processos produtivos, e as possibilidades de ação (DIAS et al, 200, p. 2066).

Quando se refere ao desenvolvimento regional e a cidadania em território de fronteira precisamos elencar o entendimento desta quanto aos aspectos de formação e de estrutura física do município, de desenvolvimento social e econômico, e não menos importante, dos aspectos culturais que formam as características e as necessidades de seus habitantes.

2.1 Apresentando um perfil do trabalho no município de fronteira

Neste momento faz-se necessário abordar alguns aspectos da realidade do trabalhador no âmbito local e regional, como questão demográfica e do desenvolvimento socioeconômicos nos quadros que seguem:

Quadro 1- Arranjo Populacional (2010)⁷

Município	População Total	População Urbana	População Rural	População País vizinho	Pessoas que trabalham e estudam
Internacional de São Borja	61.671	90,2%	9,8%	25.824	40.874

Fonte: IBGE cidades:

https://ww2.ibge.gov.br/home/geociencias/geografia/geografia_urbana/arranjos_populacionais/tabelas.shtm

A partir deste quadro observamos que a grande maioria da população está na área urbana, e que seguindo a referência da pesquisa realizada no ano de 2010, tínhamos mais que

⁷ Quadros elaborados pela autora.

o dobro de população do país vizinho, representado pela cidade de Santo Tomé, na Argentina. As informações referentes à população do município de São Borja estão no quadro dois:

Quadro 2- Perfil São Borja

Característica populacional	Dados
População estimada (2017)	62.808 pessoas
População último censo (2010)	61.671 pessoas
Densidade demográfica (2010)	17,05 hab/km ²

Fonte: IBGE cidades (<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/sao-borja/panorama>)

O quadro acima faz um comparativo entre a população real constatada no censo do ano de 2010, e a perspectiva da mesma para o ano de 2017, considerando que não há um crescimento muito elevado desta, provavelmente devido à saída de pessoas do município em busca de trabalho em outros lugares. No quadro três há uma demonstração do trabalho e rendimento:

Quadro 3 - Trabalho e rendimento

Característica	Números
Pessoal ocupado (2015)	10.898
Taxa de População ocupada (2015)	17,3%
Salário médio mensal dos trabalhadores formais (2015)	2,4 salários mínimos
Percentual da população com rendimento nominal mensal per capita de ½ salário (2010)	37%

Fonte: IBGE cidades <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/sao-borja/pesquisa/23/25207?tipo=ranking>

Os dados acima nos dão uma noção da realidade econômica do trabalhador de São Borja, ou seja, de aproximadamente 62.000 habitantes somente 10.898 habitantes são considerados como População Economicamente Ativa - PEA⁸, significando 17,3% destes, e a média salarial fica em torno de 2,4 salários mínimos. Mas o dado de maior expressividade é reconhecer que 37% das pessoas possuem rendimento mensal menor que meio salário. Tal

⁸ População Economicamente Ativa (PEA) - É composta pelas pessoas de 10 a 65 anos de idade que foram classificadas como ocupadas ou desocupadas na semana de referência da pesquisa.

realidade econômica da população, que muitas vezes nem é reconhecida como economicamente ativa, o que pode expressar uma situação de estar na informalidade. No entanto, considerando a quantidade de empresas cadastradas temos o seguinte, conforme figura seis:

Figura 6 - Cadastro Central de empresas (2015)

UNIDADES LOCAIS	1.592			unidades
NÚMERO DE EMPRESAS ATUANTES	1.523			unidades
PESSOAL OCUPADO	10.898			peessoas
PESSOAL OCUPADO ASSALARIADO	9.119			peessoas
SALÁRIO MÉDIO MENSAL	2,4			salários mínimos
SALÁRIOS E OUTRAS REMUNERAÇÕES	235.662,00			(x 1000) R\$

Fonte: IBGE (<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/sao-borja/pesquisa/19/29765?indicador=29764>)

Os dados demonstrados acima relacionados à figura seis evidenciam que apesar de tantas unidades de empresas formalizadas, ainda é baixo o total de pessoas ocupadas e assalariadas no município. No quadro quatro é demonstrada a situação socioeconômica, principalmente o índice de Gini⁹:

Quadro 4 - Dados socioeconômicos da cidade São Borja

Características	Números
PIB per capita (2015)	25.602,16 R\$
Percentual das receitas oriundas de fontes externas (2015)	74,4%
Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) (2010)	0,736
Total de receitas realizadas (2008)	70.638 R\$ (x1000)
Total das despesas realizadas (2008)	65.063 R\$ (x1000)

Fonte: IBGE (<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/sao-borja/panorama>)

⁹ Usado para medir a desigualdade social, desenvolvido pelo estatístico Corrado Gini em 1912, onde apresenta dados entre 0 e 1, quanto mais próximo de zero mais igualdade. Índice de Gini - medida do grau de concentração de uma distribuição, cujo valor varia de zero (perfeita igualdade) até um (a desigualdade máxima). IBGE.

Identificamos aqui, através do índice de Gini 0,736, a presença da desigualdade social no município de uma forma média à elevada, apesar do PIB per capita registrar e revelar rendimentos em torno de R\$ 25.602,16, 00 por habitante no ano de 2015, isto parece não se refletir na realidade da maioria das pessoas.

2.2 Realidade dos acidentes do trabalho no Brasil, no Rio Grande do Sul e em São Borja

Neste momento, houve uma tentativa de aproximar o contexto do território estudado com os acidentes que acontecem e são notificados na cidade fronteiriça. Os dados foram buscados através do Anuário de Acidentes do Trabalho - AAT, do ano de 2016 elaborado pelo Instituto Nacional da Seguridade Social- INSS, conforme quadro cinco:

Quadro 5 - Quantidade total de acidentes - 2014/2016

Ano	2014	2015	2016
Brasil	712.302	622.379	578.935
Rio Grande do Sul	60.020	52.272	50.373
São Borja	117	137	149

Fonte: Anuário de acidentes do Ministério da Previdência Social, 2016, <http://www.previdencia.gov.br/wp-content/uploads/2018/04/AEAT-2016.pdf>

No quadro acima é verificada a situação de trabalho dos trabalhadores onde, os dados revelam mais de meio milhão de pessoas acidentadas entre os anos de 2014, 2015 e 2016, assim como de forma local, na cidade estudada, aconteceram mais de 100 acidentes em cada ano. Neste momento não está especificado o tipo de acidente, ou mesmo, se é grave e ou fatal (BRASIL, 2016). No quadro seis temos outros dados, que são os acidentes registrados, neste caso contando com maior detalhamento:

Quadro 6 - Quantidade total de acidentes com Comunicação de Acidente de Trabalho- CAT registradas no Brasil - 2014/2016

Ano /Motivo	2014	2015	2016
Acidente típico	430.454	383.663	354.084
Acidente de trajeto	116.230	106.039	108.150
Doença do Trabalho	17.599	13.240	12.502
Total	564.283	502.942	474.736

Fonte: Fonte: Anuário de acidentes do Ministério da Previdência Social, 2016, <http://www.previdencia.gov.br/wp-content/uploads/2018/04/AEAT-2016.pdf>

No quadro acima, conseguimos demonstrar a realidade através dos tipos de acidentes registrados em CAT, este é um direito do trabalhador, sendo um meio no qual ele avisa ao Ministério do Trabalho os acidentes que estão acontecendo e aonde. Segundo o Ministério da Previdência Social, nestes dados de acidentes registrados com CAT, como também os acidentes registrados no INSS¹⁰, não são contados o reinício do tratamento do trabalhador, ou o afastamento por agravamento de lesão (BRASIL 2015). Dentro destes registros temos os tipos de acidentes, como observado no texto seguinte:

Acidentes Típicos – são os acidentes decorrentes da característica da atividade profissional desempenhada pelo segurado acidentado. Esse dado somente está disponível para acidentes que foram registrados por meio da CAT; **Acidentes de Trajeto** – são os acidentes ocorridos no trajeto entre a residência e o local de trabalho do segurado e vice-versa. Esse dado somente está disponível para acidentes que foram registrados por meio da CAT; **Doença do Trabalho** – – são as doenças profissionais, aquelas produzidas ou desencadeadas pelo exercício do trabalho peculiar a determinado ramo de atividade (BRASIL, 2016).

Foi considerado importante demonstrar dados sobre o estado do Rio Grande do Sul e, principalmente, sobre o município estudado, visto que é necessário perceber a realidade no território do trabalhador. Conforme o quadro sete:

¹⁰ O responsável por emitir a CAT é sempre o empregador, e para isto, tem 24 horas úteis após o acidente ocorrer. Porém, se o empregador não o fizer o trabalhador pode preencher e para isto não há tempo.

Quadro 7 - Quantidade total de acidentes com CAT registradas no Rio Grande do Sul
- 2014/2016

Ano/Motivo	2014	2015	2016
Acidente típico	36.351	32.732	31.213
Acidente de trajeto	7.248	6.628	6.855
Doença do Trabalho	1.395	1.205	1.086
Total	44.994	40.565	39.154

Fonte: Anuário de acidentes do Ministério da Previdência Social, 2016, <http://www.previdencia.gov.br/wp-content/uploads/2018/04/AEAT-2016.pdf>

Neste quadro verificamos que no Rio grande do Sul as taxas de acidentes ainda são altas, e que os acidentes diretamente ligados ao ambiente do trabalho, ou melhor, aos processos produtivos são os mais prevalentes. Em segundo lugar, estão os acidentes de trajeto, ou seja, aqueles relacionados aos deslocamentos do trabalhador de sua residência para o trabalho ou vice-versa. No quadro oito verificamos a realidade local:

Quadro 8 - Quantidade total de acidentes com CAT registradas em São Borja - 2014/2016

Ano /Motivo	2014	2015	2016
Acidente típico	83	79	77
Acidente de trajeto	18	17	16
Doença do Trabalho	2	1	0
Total	103	97	93

Fonte: Fonte: Anuário de acidentes do Ministério da Previdência Social, 2016, <http://www.previdencia.gov.br/wp-content/uploads/2018/04/AEAT-2016.pdf>

A realidade local apresentada no gráfico acima demonstra que a cada ano há uma média de 100 trabalhadores em número maior acometidos por acidentes dentro dos locais de trabalho ou mesmo desenvolvendo um processo produtivo, em segundo lugar durante seu deslocamento como descrito anteriormente e em último lugar as doenças ocasionadas pelo ambiente de trabalho. A realidade dos gráficos relacionados aos números apresentados do país, do estado e do município trás o acidente em primeiro lugar nos dados.

Neste contexto é utilizado o texto de Mendes et al, em seu estudo sobre a saúde do trabalho nas regiões de fronteira do Rio Grande do Sul, e que qualificam os números do quadro acima:

Dentre os segmentos que representam maior risco para a saúde estão: trabalhadores rurais, devido aos agrotóxicos e à exposição solar; trabalhadores da área de saúde, devido à exposição diária às doenças e aos materiais biológicos; e trabalhadores de beneficiamento de alimentos, devido à exposição ao pó produzido durante o processamento dos grãos e ao esforço repetitivo com peso, além dos trabalhadores estivadores, que atuam nos galpões de seleção e limpeza de cebolas. Entre os principais agravos notificados estão relacionados aos acidentes de trabalho rural, principalmente os decorrentes do uso de ferramentas manuais (enxada, foice, motosserra). Cabe destacar que, em alguns municípios, os casos de acidentes ou adoecimentos decorrentes do trabalho não passam pela secretaria de saúde porque o trabalhador não chega a procurar a unidade básica de saúde (MENDES et al, 2016, p.165).

Podemos verificar no quadro abaixo o número de acidentes ocorridos no país sem registros, quantos trabalhadores ficaram sem o direito que lhes cabe, pois, muitos destes acidentes são subnotificados. E por vezes o trabalhador desconhece o direito de comunicar, ou seja, que ele pode ser o agente da notificação do próprio acidente caso o empregador, em seu dever legal que lhe cabe, não o fizer. Como demonstrado no quadro nove:

Quadro 9 - Quantidade total de acidentes sem CAT registradas - 2014/2016

Ano	2014	2015	2016
Brasil	148.019	114.626	104.199
Rio Grande do Sul	15.026	11.707	11.219
São Borja ¹¹	14	14	17

Fonte: Anuário de acidentes do Ministério da Previdência Social, 2016, <http://www.previdencia.gov.br/wp-content/uploads/2018/04/AEAT-2016.pdf>

Os dados acima revelam que os números são muito altos de trabalhadores acidentados sem registro deste acidentes no INSS, mesmo que no ano de 2016 tenha havido uma queda perceptível destes dados. Esta situação de ausência de registro, possivelmente leva o trabalhador a arcar com os custos de suas lesões, traumas, danos ou afastamentos do trabalho. Também contribui para outro fator importante a falta de informação e formação do trabalhador pela empresa, que deveria passar-lhe conhecimento sobre o direito do registro do acidente e ou doença. O texto abaixo demonstra um pouco da realidade:

Nessa nova lógica pós-moderna ou pós-fordista, como queiram, que legitima uma ampla reestruturação produtiva, onde os salários sofrem cada vez mais reduções e a educação emerge como “salvadora” e principal ferramenta da atualização, o trabalho

¹¹ Segundo o Anuário de Estatísticas de Acidentes do trabalho em 2014 São Borja teve um óbito por acidente de trabalho e, em 2016, teve dois óbitos no município de São Borja (BRASIL, 2016, p. 650).

torna -se cada vez mais precário e seletivo. O Estado vem, mediante uma ideologia neoliberal, retirar e diminuir benefícios e direitos do trabalhador, modificando a relação capital-trabalho; surgem, então, novas relações, como o contrato de trabalho por tempo determinado e várias formas de terceirização, que geram, desse modo, o subemprego e o trabalho informal, novas ameaças ao trabalhador, que antes tinha a garantia de alguns direitos historicamente consolidados (Heloani, 2004, p.3).

Quadro 10 - Quantidade total de acidentes distribuídos por sexo no Rio Grande do Sul
- 2013/2015

Ano/ Sexo	2013	2014	2015
Feminino	21.269	21.875	19.394
Masculino	38.681	38.145	32.636
Total	59.950	60.020	52.030

Fonte: Fonte: Anuário de acidentes do Ministério da Previdência Social, 2015, <http://www.previdencia.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/aeat15.pdf>

Quando trazemos para a realidade regional (âmbito estadual), e aborda-se este cenário em função da PNSTT enfatizar a questão da trabalhadora, nos deparamos com números do que realmente acontece, ou seja, é notável a diferença nos acidentes segundo o sexo.

Ao buscar os dados epidemiológicos do trabalho através dos CEREST, no banco de dados da Secretária Estadual da Saúde, não foram encontrados dados específicos da cidade, pois, só há dados referentes a acidentes e doenças da 13^o região de saúde, e São Borja faz parte da 11^o região de saúde.

2.3 Percurso metodológico no território: o desenvolvimento do estudo na cidade fronteiriça

Para iniciar a falar sobre a metodologia que foi utilizada neste estudo é preciso evidenciar o conceito de pesquisa de Gil, o qual afirma:

Pode-se definir pesquisa como o procedimento racional e sistemático que tem como objetivo proporcionar respostas aos problemas que são propostos. A pesquisa é requerida quando não se dispõe de informação suficiente para responder ao problema, ou então quando a informação disponível se encontra em tal estado de desordem que não possa ser adequadamente relacionado ao problema (GIL, 2007, p.1).

A proposta de investigar o desenvolvimento da PNSTT no município acontece mediante a necessidade de entender e gerar informações que revelem a realidade do trabalhador usuário do sistema de saúde, principalmente na atenção básica que é a porta de entrada deste e que deveria ter como fundamento ser resolutiva. Classificamos este trabalho

de pesquisa com a proposta de ser uma pesquisa social, e assim, cabe destacar a afirmação de Fachin:

A pesquisa social tem como propósito buscar respostas para determinadas questões por intermédio dos procedimentos metodológicos, sempre apoiada em um conjunto de etapas sequenciais e em normas sistematizadas próprias deste tipo de estudo, na intenção de obter resultados com maior probabilidade de acertos e validade [...] (FACHIN, 2006, p.41).

Esta pesquisa é dedutiva, com método estatístico (quantitativo) e descritivo (qualitativo), parte do conhecimento geral para o específico, utilizando como técnicas de coleta de dados: a observação simples e a pesquisa de campo com aplicação de questionários. A observação simples aconteceu em dois momentos e possibilitou a construção de um diário de campo: primeiramente realizando um reconhecimento do sistema de saúde; e, posteriormente, no desenvolvimento da aplicação dos questionários (MARCONI; LAKATOS, 2007; GIL, 2007).

A população estudada foram os gestores da saúde, os trabalhadores da área da saúde e os trabalhadores usuários do sistema de saúde do município, para todos foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) o qual garante o anonimato e o uso restrito das informações (Anexo B). Tal público alvo está descrito abaixo:

- 1- Gestores e coordenadores da saúde: o secretário de saúde do município e seus respectivos coordenadores, diretores e responsáveis de área, que trabalhavam centralizados na secretaria de saúde, conforme estrutura organizacional daquele momento. Lembrando que, todos os profissionais que naquele momento exerciam função de coordenação, direção e responsabilidade aceitaram realizar a pesquisa;
- 2- Profissionais da saúde que realizavam atendimento aos usuários na atenção básica do município – Estratégia de Saúde da Família- ESF;
- 2.1 Profissionais da atenção básica de setores que dão suporte aos ESFs, como a Vigilância Sanitária, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF e o Centro de Vacina;
- 3- Trabalhadores usuários das unidades de atenção básica: cabe destacar que o público alvo “trabalhadores” foi escolhido seguindo o conceito da PNSTT (2012) no artigo terceiro:

Art.3º Todos os trabalhadores, homens e mulheres, independentemente de sua localização, urbana ou rural, de sua forma de inserção no mercado de trabalho, formal ou informal, de seu vínculo empregatício, público ou privado, assalariado, autônomo, avulso, temporário, cooperativados, aprendiz, estagiário, doméstico, aposentado ou desempregado são sujeitos desta Política (BRASIL, art. 3º, 2012).

No presente estudo optamos em utilizar a amostra por acessibilidade ou conveniência, a qual possibilitaria atender ao que pede a PNSTT quando define o público alvo no artigo citado. Este tipo de amostra é o método menos rigoroso, onde o pesquisador seleciona os participantes a que possui acesso, aceitando que possam representar a população estudada. Esta amostragem pode ser aplicada em estudos qualitativos, pois não requer elevada precisão (GIL, 2010, p.94). Para amostra desta pesquisa foi considerada, além dos gestores e profissionais da área da saúde que aceitaram responder ao questionário, também o trabalhador usuário que atende as características do artigo terceiro da PNSTT, e que procurou a unidade de saúde para atendimento no dia da aplicação do questionário e aceitou participar desta, através da assinatura do TCLE.

As técnicas de pesquisa utilizadas foram as seguintes:

- 1- Revisão bibliográfica: realizando leitura em publicações de autores que geram marco teórico no assunto pesquisado e embasam toda a construção do conhecimento. Construindo um fichamento e, este material que serviu de base para a elaboração de artigos relacionados ao tema de pesquisa e que compõem o referencial teórico desta dissertação.
- 2- Pesquisa documental: Estudo das normas e instituições que fazem referência à política estudada, assim como do Plano Municipal da Saúde - PMS do período de 2014 a 2017. Consideramos importante o estudo e entendimento das instituições que embasam a política aqui estudada, a fim de entender o surgimento e direitos gerados ao trabalhador usuário desta. Exemplo: As seis Constituições Federais criadas a partir do Brasil República de 1891 a 1988 na busca do conhecimento e relação histórica do trabalho e da saúde enquanto direito fundamental. Outras instituições estudadas são aquelas que antecipam a criação desta política buscando verificar o tempo que leva entre a criação da Lei Orgânica da Saúde (1990) e a própria PNSTT (2012).
- 3- Coleta de dados: foi realizada em dois momentos, primeiro numa abordagem de visitas às unidades básicas de saúde do município para reconhecimento e observação de funcionamento das equipes; e posteriormente com a aplicação de questionários ao público alvo da pesquisa.

3.1 Observação simples¹²: A observação aconteceu em dois momentos: primeiro com as visitas às unidades de saúde da atenção básica do município, com foco na observação simples

¹² Desta forma, para a realização das visitas às unidades de saúde do município para observação, assim como aplicação do questionário nas entrevistas, foi apresentado ao secretário de saúde um termo de solicitação e autorização de pesquisa (Anexo A). Após a autorização deste, iniciaram-se as visitas para observação simples e, posteriormente, a realização das entrevistas também alinhadas com a observação.

e registro de fatos ou acontecimentos do contexto (Gil, 2007), e tem como aspecto qualitativo o conhecimento de programa ligado às atividades ou ações na educação, saúde ou outros afins. E no segundo momento com a aplicação dos questionários (MARCONI; LAKATOS, 2007).

A técnica de observação possibilitou conhecer a organização do sistema de saúde municipal¹³, os processos que acontecem em cada unidade de saúde, assim como registrar fatos próximos à realidade do trabalhador usuário do serviço de saúde prestado por cada equipe observada. Foi realizada observação simples nas unidades de saúde da atenção básica do município, que são 13 unidades da Estratégia de Saúde da Família - ESF e uma unidade de atendimento central, que é o Centro Médico de Atendimento Especializado (CEMAE). Esta técnica iniciou em agosto de 2016 até fevereiro de 2017.

3.2 Aplicação do questionário: a segunda técnica utilizada para coleta de dados foi aplicação dos questionários. Foram realizadas no período compreendido entre setembro de 2016 a abril do ano de 2017, através de um questionário padronizado com perguntas abertas e fechadas que contou com roteiro de 32 questões para gestores, 33 perguntas aos profissionais da saúde e, outro, com 25 perguntas para especificamente os trabalhadores (Anexo C) (MARCONI, LAKATOS, 2010). Foram aplicados 402 questionários para o seguinte público alvo (APENDICE B):

- a) Gestores: nove questionários aplicados;
- b) Profissionais da saúde: Foram entrevistados 157 profissionais da saúde distribuídos nas unidades de saúde da atenção básica e também unidades que dão suporte as unidades de ESFs (nestas não foi realizada a observação simples anterior, sendo feito somente durante a aplicação da entrevista);
- c) Trabalhadores usuários da atenção básica: aplicados 236 questionários.

4- Análise dos dados coletados

A metodologia de análise se deu através do estabelecimento de categorias de análise¹⁴, tabulação dos dados, análise estatística dos dados e interpretação dos mesmos e está referenciada do pelos autores GIL (2007) e MARCONI; LAKATOS (2007). A análise dos dados está disposta no capítulo quatro.

¹³ Composição das unidades de ESFs. (APÊNDICE A)

¹⁴ As respostas fornecidas pelos elementos pesquisados tendem a ser as mais variadas. Para que essas respostas possam ser adequadamente analisadas, torna-se necessário, portanto, organizá-las, o que é feito mediante o seu agrupamento em certo número de categorias (GIL, 2007, p. 169).

3 Apresentando um referencial teórico: trabalho, saúde e dignidade humana

O estudo da saúde do trabalhador surge aqui como fonte de interrogação quanto a relação deste com a dignidade da pessoa humana. Na realidade brasileira desde o ano de 2012 foi criada uma política pública através da portaria 1823 de 12 de agosto, do mesmo ano, a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora – PNSTT. Tal política segue a linha temática da Lei Orgânica da Saúde – LOS- 8.080 de 1990, a qual respalda a criação e o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde amparado em princípios como universalidade, equidade, integralidade, direito à informação, controle social entre outros.

Utilizamos o conceito de Secchi (2015) pertinente à política pública atribuindo a esta como sendo um instrumento: diretrizes, planos, programas e ações criadas para a resolução de problemas considerados públicos ou de interesse coletivo, direcionando assim, investimentos financeiros, recursos humanos e estruturais para que este seja solucionado. A política há pouco evidenciada torna-se um recurso para atingir o trabalhador em seu meio ambiente, onde os processos produtivos ocorrem e que podem ser geradores de adoecimentos, de afastamentos e de incapacidades para retorno ao seu posto de trabalho, ou mesmo de acidentes graves e fatais. Como presente no texto abaixo:

O trabalho, no modo de produção capitalista, é determinado pelo processo de produção, o qual acidentar e adoecer são resultantes de relações sociais em que o trabalhador torna-se apêndice da máquina. O trabalho que deveria gerar prazer, felicidade, na ordem do capital, causa fadiga, doenças, acidentes, sofrimentos físicos e mentais. Muitos acidentes de trabalho, quando não matam, podem deixar mutilações e dependências (LARA, 2011, p. 79).

O conceito do trabalho surge para a compreensão dos motivos deste ser um direito fundamental de valor social e de obrigação do Estado. É compreendido como o desenvolvimento da capacidade física e mental que o homem realiza para conquistar objetivos pessoais e profissionais devendo este ser desenvolvido em harmonia com princípios éticos (SOUTO, 2011).

Para Reis (s/d) o trabalho foi apresentado ao mundo através da escravidão, mais tarde em forma de ofício, e após a revolução industrial como ocupação. Vindo a existir em período como pré-história, surgindo como necessidade de sobrevivência - caçar para garantir o alimento. O autor ainda afirma que o trabalho aparece como conceito introduzido por Marx transformado em valor de mercadoria, ou seja, trabalho simples ou especializado, inserido na economia capitalista.

Quando falamos de saúde, Scliar (2007) afirma que o conceito de saúde varia de acordo com os aspectos sociais, culturais e econômicos. O conceito e entendimento sobre o

que é ter saúde perpassa a história, períodos, povos e crenças. Anda ao lado do entendimento do que é ter doença e evolui, primeiramente, através de crenças em castigo dos Deuses, de poluição de ares, de lodos, até determinantes e condicionantes do binômio saúde/doença. A definição de saúde e ou doença também vem de Hipócrates (aproximadamente 400 anos a.C.) que conceitua a saúde como o equilíbrio entre o corpo, mente e o meio ambiente, e se neste trinômio, um destes desequilibrar, o indivíduo estaria doente.

O autor ainda fala sobre Galeno que se referia à doença como própria do corpo do homem, intrínseca, relacionada aos hábitos de vida e a sua constituição física. Em outro momento, cita na Idade Média o cristianismo que mantém a doença como sinal de castigo divino. Outra teoria estudada é a de Paracelsus, entre os anos de 1493 a 1541, onde este atribuía a doença ao meio ambiente externo ao corpo. Descartes no séc. XVII abordava a saúde como um funcionamento perfeito do corpo, este visto como uma máquina constituída de peças conforme teoria mecanicista (SCLIAR, 2007).

Surge a medicina tropical no Séc XIX, que tentava descobrir causas e meios de combater doenças transmissíveis, que atrapalhavam o comércio de vários locais, e neste momento surge a epidemiologia, baseada num estudo sobre a cólera em Londres, no período de 1813 a 1858, descoberto por John Snow. E dentro deste contexto, as condições de saúde e ou doença também eram investigadas relacionadas ao meio ambiente do trabalho como visto no texto abaixo:

Louis René Villermé (1782-1863), médico, publicou um relatório analisando a mortalidade nos diferentes bairros de Paris (*Tableau del'état physique et moral des ouvriers*), concluindo que era condicionada sobretudo pelo nível de renda. Na Inglaterra, berço da Revolução Industrial, também surgiram estudos desse tipo: é que ali se faziam sentir com mais força os efeitos, sobre a saúde, da urbanização, da proletarianização. Esta foi a situação que inspirou Friedrich Engels a escrever *Condição da classe trabalhadora na Inglaterra*. A partir de 1840 aparecem os *Bluebooks* e inquéritos estatísticos (SCLIAR, 2007, p. 35) (grifo autor).

Mais tarde em 1947, surge o conceito de saúde divulgado pela Organização Mundial da Saúde - OMS- dizendo que: “saúde é o estado de completo bem - estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença”. No Brasil um conceito mais avançado e ampliado daquele divulgado pela OMS foi criado em 1986, na VIII Conferência Nacional de Saúde, afirmando que saúde é o resultado das condições de alimentação, moradia, educação, meio ambiente, **trabalho**, renda, transporte, lazer, liberdade e, principalmente, acesso aos serviços de saúde (GOMES, ZORZI, 2017) (grifo nosso).

Com diversas realidades vividas pelos trabalhadores, como exemplo a Revolução Industrial, na Inglaterra, e a escravidão, no Brasil, gerando exploração e condições sub-

humanas de vida e de trabalho, em 1948 surge a Declaração Universal dos Direitos Humanos, através da Organização das Nações Unidas - ONU. Esta relaciona o trabalho e o trabalhador, com a perspectiva de dignidade humana, qualidade de vida e desenvolvimento social. Tal declaração enfatiza que o direito ao trabalho está relacionado às condições de vida e de desenvolvimento humano das pessoas. A saúde do trabalhador tem fundamentação na Declaração dos Direitos Humanos como segue no texto abaixo:

Todo ser humano, como membro da sociedade, tem direito à segurança social, à realização pelo esforço nacional, pela cooperação internacional e de acordo com a organização e recursos de cada Estado, dos direitos econômicos, sociais e culturais indispensáveis à sua dignidade e ao livre desenvolvimento da sua personalidade. 1. Todo ser humano tem direito ao trabalho, à livre escolha de emprego, a condições justas e favoráveis de trabalho e à proteção contra o desemprego. 2. Todo ser humano, sem qualquer distinção, tem direito a igual remuneração por igual trabalho. 3. Todo ser humano que trabalha tem direito a uma remuneração justa e satisfatória, que lhe assegure, assim como à sua família, uma existência compatível com a **dignidade humana** e a que se acrescentarão, se necessário, outros meios de proteção social. Todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar-lhe, e a sua família, saúde e bem-estar [...] (ONU, 2009, p. 12). (grifo nosso)

O contexto das Organizações Internacionais ligadas à saúde do trabalhador, especificamente, a Organização Internacional do Trabalho - OIT, a Organização Mundial da Saúde - OMS e a Organização Pan Americana da Saúde – OPAS, aproxima o tema abordado das Relações Internacionais, através de possíveis acordos de cooperação entre Estados. Também se relaciona com a governança territorial gerada por estes, resultando na solidificação de direitos ao trabalhador, com reflexo na formulação de políticas públicas sociais.

Quanto ao termo Relações Internacionais podemos conhecer o significado deste através do estudo de Jackson e Sorensen (2007) os quais afirmam que para entender Relações Internacionais é necessário conhecer a vida dentro do Estado, afirmam que há cinco valores básicos que os Estados devem defender: segurança, ordem, justiça, liberdade e bem-estar.

Os autores acrescentam que as pessoas ou populações do planeta estão divididas em territórios, Nações/ Estados, com sociedades políticas diferentes, e que apesar destes serem independentes e soberanos, não estão isolados, necessitam relacionar-se e influenciam um no outro e as pessoas que neles vivem. Esta influência reflete nas políticas de Estado, como exemplo, a presença da saúde do trabalhador em Organizações Internacionais, gerando termos de cooperação entre eles, refletindo resultados nos países ou territórios, como consequência ao trabalhador brasileiro. No texto abaixo percebemos a relação da responsabilidade do Estado:

[...] O trabalho é, portanto, um dever social, seja ele intelectual, técnico ou manual. E por isso o Estado tem a obrigação de criar as condições para que ele seja acessível a todas as pessoas indistintamente. A todos é garantido direito de subsistir mediante o seu trabalho honesto, e este, como meio de subsistência do indivíduo, constitui um bem que deve ser garantido (SOUTO, 2011, p.39).

Quanto ao significado de Estado, este é o resultado do conjunto de instituições permanentes como o legislativo, o executivo, os tribunais e o exército, que respaldam a ação do governo. Governo, por sua vez, é o conjunto de programas, ações, normas, que uma parte da sociedade, como os políticos, os técnicos e a sociedade civil, entre outros, formula para a sociedade inteira, caracterizando política de governo. Assim, as políticas sociais estão relacionadas ao tipo de proteção social que o Estado implementa para mitigar desigualdades, desencadeadas pelo desenvolvimento socioeconômico à população sob sua responsabilidade (HÖFLING, 2001).

A Organização Internacional do Trabalho (OIT) possui relação direta com o tema de nossa pesquisa, criada em 1919, junto com o Tratado de Versalhes¹⁵, com a convicção de que a paz no mundo só pode acontecer se amparada na justiça social. Possui estrutura tripartite - única agência com esta estrutura do Sistema das Nações Unidas: com representantes de governos (Estados), de organizações de empregadores e de trabalhadores (OIT, 2006). Como referenciado no texto:

Organização de caráter universal, a OIT tem as suas origens na matriz social da Europa e da América do Norte do século XIX. Estas regiões assistiram ao nascimento da Revolução Industrial, que gerou um extraordinário desenvolvimento econômico, muitas vezes à custa de um sofrimento humano intolerável e graves problemas sociais. A ideia de uma legislação internacional do trabalho surgiu logo no início do século XIX em resposta às preocupações de ordem moral e econômica associadas ao custo humano da Revolução Industrial. Alguns industriais notáveis, entre os quais Robert Owen e Daniel Le Grand, apoiaram a ideia de uma legislação progressista no domínio social e laboral. No final do século XIX, os sindicatos começaram a desempenhar um papel decisivo nos países industrializados, reivindicando direitos democráticos e condições de vida dignas para os trabalhadores (OIT, 2006, p. 4).

A OIT desenvolveu um sistema de normas internacionais e recomendações que abrangem conteúdos referentes ao trabalho¹⁶. As primeiras assumem forma de convenção que

¹⁵ Quanto ao Tratado de Versalhes este aconteceu em Paris, em Janeiro de 1919, através da Conferência pela Paz. Colocou fim na primeira guerra mundial, criando a Liga das Nações com o objetivo de “tomar o mundo mais seguro para a democracia”. O Brasil participou da primeira guerra mundial e também da primeira Conferência pela Paz, sendo um dos membros fundadores da OIT (CARNEIRO, 2010).

¹⁶ A OIT é responsável pela formulação e aplicação das normas internacionais do trabalho através de convenções e recomendações, as quais quando ratificadas por decisão soberana de um país passam a compor o ordenamento jurídico deste. A Conferência Internacional do Trabalho acontece em Genebra, em junho, anualmente, com a participação de seus 177 Estados- Membros, sendo que os dez países com relevância industrial são: a Alemanha, o Brasil, a China, os Estados Unidos, a Federação Russa, a França, Índia, Itália, o Japão e o Reino Unido (OIT, 2006).

são tratados internacionais sujeitos a validação nos Estados Membros, já as segundas influenciam na definição e ou formulação de políticas e ações nacionais pertinentes ao trabalho. As convenções e recomendações possuem intenção de mudar as condições do trabalho no mundo. O texto abaixo de fala sobre as normas internacionais:

As normas internacionais do trabalho constituem um dos meios de ação da OIT ao serviço da justiça social. Nesse sentido, uma das funções da OIT é a criação ou estabelecimento de normas internacionais do trabalho, sob a forma de convenções e recomendações, elaboradas no seio da conferência internacional do trabalho. Vale ressaltar que 184 Convenções e 192 Recomendações foram adotadas, desde 1919, pela OIT. Elas abrangem todas as questões que surgem no mundo do trabalho e servem de guia às ações nacionais (ALVARENGA, 2007, p. 11).

Na Conferência Internacional do Trabalho em 1998 a OIT formula e passa a utilizar a Declaração dos Direitos e Princípios Fundamentais no Trabalho, os quais são: o respeito à liberdade sindical, o reconhecimento do direito de negociação coletiva, a eliminação de todas as formas de trabalho forçado, a abolição do trabalho infantil e a neutralização da discriminação nas formas de trabalho. Já em 2008, durante a 97ª Conferência Internacional do Trabalho, os representantes de governos, dos empregadores e dos trabalhadores, oficializam um importante documento da OIT: a Declaração sobre Justiça Social para uma Globalização Equitativa. Da qual, dentre muitos fatores considerados relevantes, quanto ao trabalho e a justiça social, um deles é o reconhecimento da necessidade de condições de trabalho que protejam a saúde dos trabalhadores (OIT, 2008).

No Brasil, o reflexo da relação entre a OIT e a saúde do trabalhador está nas várias convenções ratificadas pelo país, a primeira convenção ratificada sobre saúde dos trabalhadores é a de número 155 de 1981 adotada pela OIT e ratificada em 1992. Após a convenção 161, de 1985, que se refere aos serviços de saúde no trabalho, adotada pela OIT e validada em 1990. Outra contribuição da OIT através das convenções é criação das Normas Regulamentadoras do trabalho (NRs) como destacado no texto abaixo:

A Portaria MTb no 3.214 (BRASIL, 1978), composta de 28 Normas Regulamentadoras, conhecidas como NRs – uma delas revogada em 2008 –, que vêm tendo a redação modificada periodicamente, visando atender ao que recomendam as convenções da OIT. As revisões permanentes buscam adequar as exigências legais às mudanças ocorridas no mundo do trabalho, principalmente no que se refere aos novos riscos ocupacionais e às medidas de controle, e são realizadas pelo próprio MTE, inclusive, por delegação de competência pela Secretaria de Inspeção do Trabalho (IPEA, 2011, p.35).

Outros reflexos são os planos e políticas que surgem através de trabalho tripartite (governo, empregador e empregado) como exemplo, o Plano Nacional de Saúde e Segurança no trabalho em 2012 (PLANSAT) que possui como antecedentes as convenções 155

(ratificada pelo Brasil) e a convenção 187 de 2006, ainda não validada no país. Também fazem parte destes, acordos e normativas para o combate ao trabalho escravo e infantil.

Evidenciado no texto abaixo:

O papel da OIT é fundamental para lutar contra a pobreza e a miséria, ao promover a justiça social e favorecer a criação de trabalho decente. Com o advento de uma nova realidade na economia, na política e no trabalho no mundo inteiro, surgiu uma voz mais forte e mais unida em nível mundial, destinada a abordar o desafio da globalização com energia e esperanças renovadas [...] Queremos concluir indicando que não há governo nem empresa sem trabalho, nem tampouco estes podem existir sem o trabalhador (BRASIL, 2007, p. 13-14).

Outra organização aqui estudada e relacionada à saúde, principalmente à saúde do trabalhador é a Organização Mundial da Saúde- OMS. Fundada em 1948, agência das Nações Unidas com finalidade de abordar aspectos relacionados à saúde global. O objetivo principal da OMS é garantir o nível mais elevado de saúde para todas as pessoas. Atribui aos governos dos Estados a responsabilidade pela saúde de sua população, afirmando que esta só pode ser desenvolvida mediante a adoção de condições sanitárias e sociais adequadas (OMS, 2014). Quanto ao conceito de saúde Scliar faz uma análise à qual pode ser observada no texto abaixo:

O conceito de saúde reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural. Ou seja: saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas. Dependerá da época, do lugar, da classe social. Dependerá de valores individuais, dependerá de concepções científicas, religiosas, filosóficas. O mesmo, aliás, pode ser dito das doenças [...] (SCLIAR, 2007, p. 30).

A OMS possui funções como: formular agenda de pesquisa em saúde, estabelecer normas e padrões, articular opções políticas baseadas em evidências, fornecer apoio técnico aos países e monitorar e avaliar as tendências de saúde. Além de estabelecer e manter colaboração efetiva com as Nações Unidas, com organismos especializados, com administrações sanitárias governamentais, com grupos profissionais e com outras organizações que se julgue apropriadas. Também fazem parte dessas funções: fornecer ajuda e assistência técnica apropriada e, em caso de urgência, a ajuda necessária, a pedido dos governos ou com o consentimento destes, estimular e aperfeiçoar os trabalhos para eliminar doenças epidêmicas, endêmicas e outras (FERREIRA et al, 2014).

A OMS possui relação com a saúde do trabalhador através dos seus programas referentes à saúde ocupacional, programa este evidenciado no site oficial da OMS, inclusive abordando várias pesquisas, normas e estatísticas referentes à saúde do trabalhador e abordagens da mesma, evidenciando o documento: Plano de Ação Mundial: saúde dos

trabalhadores (2008- 2017) durante a 60ª Assembleia Mundial da Saúde. O texto abaixo enfatiza sua importância:

Os trabalhadores constituem a metade da população do mundo e são os maiores contribuintes ao desenvolvimento econômico e social. Sua saúde não está condicionada somente pelos perigos no lugar de trabalho mas também por fatores sociais e individuais e pelo acesso aos serviços de saúde (OMS, 2007. p.5) (traduzido pela autora).

Também no ano de 2007 durante Assembleia Mundial de Saúde da OMS foi aprovado o Plano de Ação Global (PAG) utilizando como referência a Estratégia Mundial de Saúde Ocupacional para todos, documento elaborado em assembléia anterior, em 1996. Tal plano estabelece cinco objetivos: elaborar e implementar instrumentos de políticas e normas para a saúde dos trabalhadores; proteger e promover a saúde no ambiente de trabalho; promover o desempenho e o acesso aos serviços de saúde ocupacional; fornecer e divulgar evidências, objetivando a ação e a prática e incorporar a saúde dos trabalhadores em outras políticas (OMS, 2010).

O PAG é precedente da criação do PLANSAT enunciado como reflexo no Brasil das ações da OIT em relação à saúde do trabalhador. Este plano aborda oito objetivos a serem desenvolvidos e executados: 1) inclusão de todos os trabalhadores brasileiros no Sistema Nacional de Promoção e Proteção da Segurança e Saúde no Trabalho (SST), 2) harmonização da legislação trabalhista, sanitária, previdenciária e outras que se relacionem com SST, 3) integração das ações governamentais de SST, 4) adoção de medidas especiais para atividades laborais submetidas a alto risco de doenças e acidentes de trabalho, 5) estruturação de uma rede integrada de informações em SST, 6) implementação de sistemas de gestão de SST nos setores público e privado, 7) capacitação e educação continuada em SST e, 8) criação de uma agenda integrada de estudos e pesquisas em SST (BRASIL, 2012).

Já a Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) também referenciada neste estudo, foi criada em 1902, e possui participação essencial na elaboração de instituições relevantes de saúde. Atua, inclusive, na inovação de saúde ambiental, alavancando atribuições como o combate a doenças transmissíveis, mas gerenciando ações e esforços pela promoção de políticas de saúde no continente americano (OPAS, 2015).

A OPAS é a representante da OMS nas Américas, trabalha satisfazendo a procura crescente de cooperação técnica na área da saúde, consolidando um modelo que busca alcançar resultados e enfrentar desafios. O texto abaixo reflete a importância deste órgão:

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) é não só o mais antigo organismo de cooperação na área de saúde, mas também uma das primeiras instituições de cooperação internacional. A saúde foi o setor de atividade em que as controversas

idéias sobre pan-americanismo puderam, de algum modo, se expressar (LIMA, 2002, p. 25).

Também contribui através de cooperação com a formulação de políticas como a Política Nacional de Saúde do trabalhador em 2004, a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador - RENAST, e desta surge então de forma regionalizada o CEREST. Mais atual temos, como reflexo a criação, em 2011, da Política Nacional de Saúde e Segurança no trabalho através do Decreto 7.602 e da Portaria 1.823 de 2012, que cria a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora (BRASIL, 2011, 2012). Estas contribuições podem ser identificadas no texto abaixo:

A OPAS/OMS adota estratégias de cooperação técnica catalisadoras das necessidades, problemas e aspirações de saúde da população, apoiando a atuação das esferas federal, estadual e municipal do governo no desenvolvimento sanitário. Assim, visa contribuir não somente para o controle de doenças e promoção de estilos de vida, mas também para a promoção do bem-estar da população e principalmente dos trabalhadores (OPAS, 2015, p. 4).

Desta forma, a OPAS/OMS tem relacionamento direto com o Ministério da Saúde, secretarias estaduais e municipais de saúde, agências internacionais e órgãos governamentais e não governamentais, além de instituições de ensino e pesquisa em saúde. Com cooperação técnica a ser instituída entre 2015-2019 pretende cumprir os objetivos estratégicos quanto ao direito universal à saúde por meio do Sistema Único de Saúde (SUS). Apresenta nove estratégicas que buscam resultados da cooperação entre Brasil/OPAS/OMS citadas no texto abaixo:

Promoção da intersetorialidade e atenção aos determinantes sociais da saúde. Ampliação do acesso e cobertura universal, com equidade e qualidade. Desenvolvimento da capacidade nacional de governança e gestão do sistema único de saúde. Desenvolvimento das capacidades humanas em saúde para responder às necessidades do SUS. Produção de evidências oportunas e úteis para a tomada de decisão em saúde. Fortalecimento da pesquisa, inovação e incorporação de tecnologias em saúde. Contribuição para o processo de gestão participativa na saúde. Prevenção e controle das doenças crônicas não transmissíveis e promoção da saúde. Controle e eliminação de doenças transmissíveis, com ênfase nas negligenciadas (OPAS, 2015, p 32).

Quando se fala em governança de territórios principalmente entre membros e cooperados da OPAS, da OMS ou da OIT, abordados acima, nos remetemos ao conceito citado no texto abaixo:

As práticas de governança territorial correspondem às relações de cooperação e parceria entre atores públicos, semi-públicos, sociais e empresariais, através de diferentes arranjos cooperativos, aqui denominados arranjos cooperativos institucionais, uns deles, liderados por atores estatais, e abrangendo, basicamente, o campo das políticas públicas, e outros arranjos cooperativos organizacionais,

tratando-se de iniciativas articuladas por atores semi públicos, sociais ou empresariais, com a participação e/ou apoio estatal. Estes processos ocorrem na instância público-privada. Portanto, governança territorial são ações e relações de poder que ocorrem nesta instância, diferenciando-se das ações exclusivamente estatais ou empresariais (DALLABRIDA, 2015, p. 309).

Na busca pelo conhecimento das organizações internacionais ligadas à saúde e ao desenvolvimento de condições dignas e de qualidade de vida, percebe-se que nas três organizações analisadas acima, respectivamente, há governança para desenvolvimento territorial e de políticas públicas voltadas à saúde e justiça social. Em cooperação entre Estados (Nações) que são membros destas, e que validam em seus países as normas, programas, ações, projetos e convenções formuladas, tornando-as possíveis de desenvolver e devendo refletir estas à população sob responsabilidade de tais países, como exemplo a da saúde do trabalhador.

Em preceitos teóricos, cooperações, normas e legislações a proteção à saúde do trabalhador está bem elaborada, porém as realidades continuam sendo diversas de exploração, de precarização do trabalho e como resultado estatísticas alarmantes de adoecimento do trabalhador brasileiro. No Brasil, o direito do trabalho, da saúde e da dignidade da pessoa humana se consolida como “direitos fundamentais” na Constituição Federal de 1988, considerada a mais democrática de todas as constituições já formuladas no país desde 1824. O texto a seguir nos fala dos direitos fundamentais:

[...] os direitos fundamentais passaram a apresentar-se, no âmbito da ordem constitucional, como um conjunto de valores objetivos básicos e fins diretos da ação positiva dos poderes públicos, e não apenas garantias negativas e (positivas) dos interesses individuais [...] (SARLET, 2017, p. 350).

Sendo possível encontrar nesta, os princípios fundamentais, abordados no primeiro artigo evidenciando o Brasil como República Federativa, sendo um Estado Democrático, com união indissolúvel dos estados, municípios e do Distrito Federal, com os seguintes fundamentos: soberania, cidadania, **dignidade da pessoa humana; valores sociais do trabalho** e da livre iniciativa, pluralismo político. (grifo nosso). Como referido no seguinte texto:

No Brasil, esse ápice de afirmação constitucional encontra-se na Carta de 1988, como se sabe. Ali todos esses princípios, a par de outros também relevantes, espraiam-se pelo corpo constitucional, conferindo uma das marcas mais distintas de tal constituição perante as demais já existentes na História do País. Na verdade, são quatro os principais princípios constitucionais afirmativos do trabalho na ordem jurídico-cultural brasileira: o da *valorização do trabalho*, em especial do emprego; o da *justiça social*; o da *submissão da propriedade à sua função socioambiental*; e o princípio da *dignidade da pessoa humana* (DELGADO, 2007, p.14) (grifo do autor).

Importante destacar o conceito de “direitos humanos” e de “direitos fundamentais”, os primeiros são direitos da pessoa humana reconhecidos em ordem jurídica internacional e validados de forma universal, e os segundos, direitos fundamentais, são direitos humanos validados de forma positiva no direito constitucional (SARLET, 2017). Marques acrescenta que:

“Direitos fundamentais” correspondem ao conjunto de direitos da pessoa humana, reconhecidos por determinada ordem constitucional. Representam um rol de direitos constitucionalmente previstos em dado momento como prioridades estabelecidas que devem ser respeitadas pelo Estado (MARQUES, 2012, p. 19).

Visto desta forma, é intrínseca a ligação da PNSTT com os princípios constitucionais do trabalho, da saúde, e da dignidade da pessoa humana. A ideia da dignidade humana evoluiu de acordo com a sociedade, inicia na filosofia como um valor moral e depois passa a ser valor jurídico (MARQUES, 2012, p. 66). O texto de Sarlet nos aponta para a o surgimento da concepção da dignidade humana:

Foi precisamente no âmbito do pensamento jusnaturalista dos séculos XVII e XVIII, a concepção da dignidade da pessoa humana, assim como a ideia do direito natural em si, passou por um processo de racionalização e laicização, mantendo-se, todavia, a noção fundamental da igualdade de todos os homens em dignidade e liberdade (SARLET, 2010, p.35).

Quando buscamos definir dignidade da pessoa humana reconhecemos que esta é um aspecto intrínseco ao ser humano, pois o define, e nesta condição seus direitos devem ser respeitados tanto pelo Estado quanto por terceiros. (SARLET, 2010). Cumpre acrescentarmos a definição de Sarlet, embasado pelos parâmetros da OMS, no texto abaixo:

Assim sendo, temos por dignidade da pessoa humana a qualidade intrínseca e distintiva reconhecida em cada ser humano que o faz merecedor do mesmo respeito e consideração por parte do Estado e da comunidade, implicando, neste sentido, um complexo de direitos e deveres fundamentais que assegurem a pessoa tanto contra todo e qualquer ato de cunho degradante e desumano, como venham a lhe garantir as condições existenciais mínimas para uma vida saudável, além de propiciar e promover sua participação ativa e co-responsável nos destinos da própria existência e da vida em comunhão com os demais seres humanos, mediante o devido respeito aos demais seres que integram a rede da vida (SARLET, 2010, p. 70).

Ao interpretar os textos acima verificamos que a dignidade da pessoa humana é uma condição do homem e que está relacionada também com os valores deste. Muitas vezes vemos o ser humano transformado em instrumento, nas condições do trabalho precarizado, nas situações próximas ao trabalho escravo, ceifando a liberdade, a autonomia, a saúde e a

integridade de pessoas trabalhadoras, afetando assim a dignidade da pessoa. O texto abaixo de Sarlet complementa a definição de dignidade da pessoa humana:

[...] desconhecer e nem desconsiderar o papel efetivo do Direito no que diz com a proteção e promoção da dignidade. Nesta perspectiva, quando aqui se fala em dimensões da dignidade da pessoa humana, está-se a referir — num primeiro momento — à complexidade da própria pessoa humana e do meio no qual desenvolve sua personalidade. Para além desta referência, tão elementar quanto relevante, o que se pretende apontar e sustentar, à luz de toda uma tradição reflexiva, nesta obra coletiva representada (mesmo que de modo limitado e necessariamente ilustrativo) por alguns dos expoentes do pensamento filosófico e jurídico, é que a noção de dignidade da pessoa humana (especialmente no âmbito do Direito), para que possa dar conta da heterogeneidade e da riqueza da vida, integra um conjunto de Fundamentos e uma série de manifestações. Estas, ainda que diferenciadas entre si, guardam um elo comum, especialmente pelo fato de comporem o núcleo essencial da compreensão e, portanto, do próprio conceito de dignidade da pessoa humana. (SARLET, 2007, p. 362).

Durante análise das constituições criadas no país desde 1891, ou seja, a partir do Brasil República, Zorzi e Gomes (2017) demonstram, no quadro 11, o caminho percorrido na busca da saúde e do trabalho como direito fundamental:

Quadro 11: Constituições e o direito à saúde no trabalho

Constituição	Contribuições
1891-Primeira República	Ausência do trabalhador como sujeito de direito, não há definição sobre trabalho, saúde ou quem tem direito a estes.
1934- Era Vargas	Afirmação do trabalhador e do trabalho para alavancar a economia do país, o desenvolvimento industrial, e se dá no tocante à subsistência, e não como um direito fundamental (social).
1937 ¹⁷ -Estado Novo	O trabalho é um dever social e de proteção do Estado. Legislações trabalhistas.
1946-Período Democrático	Menção à saúde para o trabalhador através da assistência sanitária, hospitalar e médica preventiva.
1964-Ditadura Militar	Estado soberano, em detrimento das pessoas que supostamente ele representa.
1985- Democracia	Presença do trabalhador como cidadão de direito à saúde e à saúde do trabalho

Fonte: Constituições do Brasil República: o trabalhador como cidadão de direito à saúde, 2017.¹⁸

¹⁷ Segundo caso de Constituição Federal Outorgada, primeira em 1824.

¹⁸ Quadro elaborado pela autora através de artigo de ZORZI,F., GOMES,A.Constituições do Brasil República: o trabalhador como cidadão de direito à saúde . Apresentado no IX Congresso Latino-

As autoras afirmam que entre todas as constituições estudadas entre os períodos de 1891 a 1988, observou-se o trabalhador como cidadão de direito à saúde na última Constituição Federal promulgada, sendo esta considerada por diversos autores possível de gerar maior retorno em direitos sociais à coletividade. No texto abaixo é possível entender o contexto vivido pelo trabalhador durante o período descrito:

Quanto ao contexto socioeconômico do país e do próprio trabalhador ao longo deste percurso, foram distintas etapas. De país escravocrata e agrícola até à fase mais urbana de desenvolvimento industrial com investimentos de capital estrangeiros. Do ponto de vista social foi marcado por problemas recorrentes como epidemias, desemprego e pobreza. Passamos da realidade vivida da escravidão às dificuldades do trabalhador exposto à exploração de sua mão de obra com doenças e acidentes e morte devido à precarização do trabalho. E no âmbito político, as alternâncias de governos mais fechados e elitizados, de um regime militar de 20 anos até o processo de democratização iniciados na segunda metade dos anos 80 (ZORZI, GOMES, 2017, p.19).

Para Marques (2012, p. 19) “O direito aos cuidados de saúde, inerente à garantia do direito à vida, é problema que se discute no mundo inteiro, com diferentes abordagens e resultados”. Assim, é possível acrescentar que o trabalho e a saúde são “direitos fundamentais” de segunda geração, mas com relação direta com os direitos fundamentais de primeira geração refletindo na garantia do direito à vida, à liberdade, à segurança, à justiça, à propriedade, à igualdade perante a lei (SARLET, 2017).

3.1 Instituições e hierarquia organizacional do sistema de saúde e a saúde do trabalhador

Políticas Públicas nesta área, de saúde do trabalhador, devem ser adequadas às necessidades do mesmo, que cotidianamente ou no seu labor, vê-se exposto aos riscos do trabalho. Desta forma, há a necessidade de conhecer e analisar quais instituições contribuíram ou atuaram de forma direta na origem do sistema de saúde no Brasil, assim, também contribuíram na formulação da política pública voltada à saúde do trabalhador - PNSTT. O texto abaixo retrata o significado de instituições:

De acordo com a escola institucionalista tradicional, instituições são regras formais que, de alguma forma, condicionam o comportamento dos indivíduos. Aplicando este conceito à área de políticas públicas, as instituições são regras constitucionais, os estatutos e códigos legais, as políticas públicas passadas e os regimentos internos das arenas onde as políticas públicas são construídas. Instituições nessa acepção são: jurisdições (leis), competências (funções) e as delimitações territoriais (SECHI, 2015, p. 82).

A instituição de referência à criação do Sistema Único de Saúde é a Constituição Federal (CF) de 1988, promulgada num contexto de buscas sociais (trabalhadores na área da saúde, gestores e usuários) através de mobilização social em forma de Conferência Nacional de Saúde:

Em outubro de 1988, com a promulgação da nova Constituição Federal, completa-se o processo de retorno do país ao regime democrático. No contexto de busca de implantação de um estado de bem-estar social, a nova carta constitucional transformava a saúde em direito de cidadania e dava origem ao processo de criação de um sistema público, universal e descentralizado de saúde. Transformava-se, então, profundamente a organização da saúde pública no Brasil. [...] (PAIVA, TEIXEIRA, 2014, p. 16).

Os autores citados ainda acrescentam que, a mobilização social para a reforma do sistema de saúde teve como referência a oitava Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986, onde através de suas assembleias foram discutidas e elencadas as principais necessidades do movimento sanitário, caracterizadas para o fortalecimento do setor público de saúde, universalidade e integralidade de atenção e integração da medicina previdenciária à medicina pública formando o SUS.

O SUS como política pública de saúde, orienta a formulação de muitas outras políticas para atender às demandas dos usuários ou da sociedade usuária deste serviço, e que tem como abordagem principal a universalidade, a integralidade e a equidade. Dentro da CF o direito à saúde está abordado, especificamente, nos artigos 196 a 200, como evidenciado no quadro 12:

Quadro 12: Saúde na Constituição Federal: o direito fundamental¹⁹

Artigo	Responsabilidade	Objeto
196	Saúde como direito de todo cidadão e dever do Estado	Garantida através de políticas sociais e econômicas.
197	Deveres poder público	Regulamentar, fiscalizar e controlar ações e serviços de saúde.
198	Regionalização e Hierarquia do sistema de saúde	Descentralização em cada esfera de governo, atendimento integral com prioridades às ações preventivas e participação da comunidade.
199	Iniciativa privada atuando nos serviços de saúde.	Liberdade à iniciativa privada de atuar de forma complementar, desde que o sistema de saúde não

¹⁹ Elaborado pela autora através da interpretação das instituições estudadas.

		consiga dar conta da demanda.
200	Competências do sistema de saúde	Dentre elas cabe priorizar pelo recorte do tema proposto as ações à saúde do trabalhador.

Fonte: Constituição Federal 1988

O texto acima já começa a traçar um caminho de possibilidades de políticas públicas sociais o qual possibilitará ao usuário o cuidado (promoção proteção e recuperação) à saúde. E também, pode-se visualizar que, mais tarde, no decorrer dos anos e a solidificação do sistema de saúde, as políticas criadas para o trabalhador, seja de emprego e renda ou mesmo de segurança e saúde no trabalho seguem ao fundamento da saúde como direito. Na linha de que as políticas sociais ou econômicas vêm para potencializar e garantir a efetuação deste direito.

A Lei Orgânica da Saúde (LOS), que rege todo o entendimento para a promoção, a proteção, a recuperação da saúde, a organização, o funcionamento, o planejamento e o financiamento da saúde e que diz: “Art. 1º Esta lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado”(BRASIL, 1990).

Nesta lei há a afirmação da saúde como direito fundamental e dever de provimento desta pelo Estado, apresentando também os condicionantes e determinantes da saúde como exposto na citação abaixo:

Art. 3º Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (BRASIL, 1990).

Importante acrescentar que o trabalho evidenciado na citação acima aparece como um determinante e ou condicionante da saúde, porém, o trabalho em condições precárias (risco ocupacional, falta de segurança ou de serviços de atenção à saúde) pode agir como determinante e condicionante do processo de doença.

Na LOS são apresentados os objetivos do SUS que nortearão a formulação de programas, ações e serviços de saúde ao cidadão, como evidenciado no texto abaixo:

Art. 5º São objetivos do Sistema Único de Saúde SUS: I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde; II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei; III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a

realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas (BRASIL, 1990).

Em específico, relacionado à saúde do trabalhador, é possível encontrar nesta instituição que rege a criação do sistema de saúde, dentro do campo de atuação do SUS, no artigo seis, a especificação da execução das ações e serviços de saúde, incluída a saúde do trabalhador. Esta última é entendida como um conjunto de serviços que através da vigilância sanitária, epidemiológica e desenvolvimento de ações, deverá promover, proteger, recuperar e reabilitar a saúde do trabalhador que está submetido às condições do trabalho (BRASIL, 1990).

Outra instituição que complementa a LOS e importante para a gestão do SUS é a lei 8.142 de dezembro de 1990, instituição que tem como função o controle social que respalda a participação da comunidade nas decisões da gestão. Como nas transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde, na criação de novas diretrizes e programas na área da saúde (políticas públicas) por intermédio dos conselhos de saúde (federal, estadual e municipal), que são os órgãos gestores, deliberativos com participação paritária dos usuários, dos profissionais da saúde e das instituições da saúde), além da possibilidade da realização de conferências de saúde o trabalhador que podem ser municipais, estaduais e nacionais (BRASIL, 1990). O texto a seguir demonstra esta possibilidade:

A Conferência em Saúde do Trabalhador como instituição surge na tentativa de realizar o diálogo social, na busca da inserção do trabalhador dentro deste modelo capitalista moderno para a garantia e formulação de políticas públicas voltadas à qualidade de vida do mesmo, incluído melhores condições de saúde [...] (ZORZI, GOMES, 2017, p. 660)

O diálogo social para a Organização Internacional do Trabalho – OIT- (2013) é definido como: a participação de trabalhadores, governo e empregadores em decisões acerca de questões de trabalho e emprego, instrumento para garantir que as classes envolvidas e o desenvolvimento de um trabalho digno ganhem voz. Zorzi e Gomes enfatizam a importância da participação social:

No aprofundamento dos conceitos e significados da participação social dentro das Conferências Nacionais de Saúde do Trabalhador existe a perspectiva do melhoramento das práticas voltadas à saúde e necessita de participação e diálogo social dinâmico, ativo, participativo e informado. O cidadão que exerce a participação social deve conhecer o significado e real valor do buscar decidir e conquistar, muitas vezes o que se percebe é que há um desconhecimento profundo sobre a questão que se defende ou se renuncia, como exemplo os aspectos que compõem a saúde do trabalhador: processos produtivos do trabalho, direitos e deveres, meio ambiente, desenvolvimento local e regional, renda, qualidade de vida, doenças, acidentes entre outros (ZORZI, GOMES, 2017, p.677).

Através de estudo realizado sobre a participação social e as Conferências Nacionais de Saúde do Trabalhador, as autoras citadas realizaram uma busca nas quatro Conferências já realizadas no país. A primeira com o tema: a busca do direito fundamental ocorre [...] “em 1986, junto à VIII Conferência Nacional de Saúde, num contexto de mudança de regime de governo – militar para democrático- de intensas mobilizações sociais na busca de direitos sociais, principalmente à saúde” (p.665). A segunda Conferência aconteceu em 1994 com o tema: Construindo uma política de saúde do trabalhador, com apoio forte do Conselho Nacional de Saúde e respectivas instâncias federadas (estados e municípios). Em outro momento, com o tema “trabalhar sim, adoecer não”. Na terceira Conferência em 2005, houve a busca de uma política de saúde do trabalhador ainda não existente. O texto abaixo demonstra a importância do momento:

A 3ª CNST representou um momento ímpar tanto pela participação dos três ministérios (Saúde, Trabalho e Emprego e Previdência Social) na sua convocação quanto, e principalmente, na ampla participação de diversos segmentos sociais em todas as suas etapas. As resoluções aprovadas representam um significativo avanço na área e, com certeza, vão repercutir na melhoria das condições de vida no trabalho (BRASIL, 2005, p. 9).

A quarta conferência é realizada com a afirmação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora (PNSTT), política para todos, no levantamento das ações que realmente, no país a discussão da realidade em que o trabalhador e trabalhadora, público ou privado, urbano e rural, formal ou informal está inserido, ou seja, local, regional e nacional. Discute a viabilidade da política ser implementada com a responsabilidade dos municípios.

Na realização da referida conferência existiram indagações que precisam ser respondidas como: qual a contribuição do trabalho à sociedade? O desenvolvimento regional e local gerado pelo trabalho? Quais ações estão sendo realizadas pelo Estado e municípios para a consolidação da PNSTT, e em tornar evidentes as doenças e acidentes do trabalho que acontecem? (BRASIL 2012). Abaixo, no quadro 13, direcionamos as instituições que amparadas pela CF e a lei do SUS geraram políticas públicas na área do trabalho, em específico, na saúde do trabalhador:

Quadro 13: Instituições que contribuíram com PNSTT

Período	Instituição	Objeto	Contribuição
1993	Portaria interministerial 1	Cria a CIST (Comissão Interministerial de Saúde do Trabalhador) composta pelo Ministério da Saúde, do Trabalho, da Previdência Social e Secretaria da Administração Federal	Institui normas para o nexo causal em caso de acidente ou doença do trabalho, preenchimento e fluxo da CAT (Comunicado de Acidente de Trabalho).
1993	Portaria Interministerial 18	Cria o Grupo Executivo Interministerial de Saúde do Trabalhador (GEISAT)	Promover ações integradas, harmonizadas e sinérgicas em relação à saúde do trabalhador.
1994	Portaria 1.565	Vigilância Sanitária	Torna a saúde do trabalhador como campo de atuação.
1996	NOB -Norma Operacional Básica	Cria novas normas de relação entre os entes federal, estadual e municipal	Ênfase na municipalização dos serviços de saúde.
1998	NOST	Norma Operacional de Saúde do Trabalhador	Procedimentos e normas para as ações e serviços em saúde do trabalho no SUS.
1998	Portaria 3.120 VISAT	Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS	Relação da saúde com o ambiente e os processos de trabalho.
1999	Portaria 1.339	Institui a Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho	Deverá ser adotada pelo SUS no processo de trabalho para fins epidemiológicos e clínicos.
2002	Portaria 1.679	Criação da RENAST (Referência Nacional a Saúde do trabalhador)	CEREST -Centro regional de atenção a saúde do trabalhador-objetivo de disseminar ações de saúde do trabalhador.
2004	Portaria Interministerial 774	Necessidade de avaliar e implantar a política de saúde do trabalhador	Convoca a terceira Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador com tema central-Trabalhar sim, adoecer não.
2005	Portaria 1.125	Política Nacional de Saúde no Trabalho	Normatiza procedimentos nesta área sem detalhar como estes deveriam ser desenvolvidos nas esferas de responsabilidade.
2006	Portaria 399	Pacto pela Saúde	Enfatiza três eixos: o pacto pela vida, em defesa do SUS e de gestão.
2008	Portaria Interministerial 152	Institui da Comissão Tripartite de Segurança e Saúde no Trabalho (composta representantes do governo, representantes dos trabalhadores e empregadores	Avaliar e propor medidas para implantação da convenção 187 da OIT (Organização Internacional do Trabalho) que aborda promoção da Segurança e Saúde no trabalho.
2011	Decreto 7.602	Política Nacional de Saúde e Segurança no trabalho (PNSST)	Garantindo a intersetorialidade e criação do Plano Nacional de Saúde e Segurança no Trabalho (PLANSAT)
2012	Portaria 1.823	Política Nacional de Saúde do Trabalhador e trabalhadora (PNSTT), (BRASIL, 2012).	Transfere responsabilidades e competências nacionais, estaduais e municipais, evidenciando a VISAT.

Fonte: Brasil 2001; PNSTT (2012); PNSST (2011).²⁰

A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) reafirma a sociabilidade da prevenção e reabilitação. Necessitando na abrangência do SUS, de ação transversal, interdisciplinar, intersetorial ou interinstitucional, estar em harmonia com as mudanças nos processos produtivos, dar importância à participação dos trabalhadores enquanto usuários e recebedores das ações de saúde.

A PNSTT apresenta estratégias definidas para a implantação da atenção integral à saúde do trabalhador tais como: integração da Vigilância em Saúde do Trabalhador - VISAT com a Vigilância em Saúde e a Atenção Primária em Saúde (APS); conhecer o perfil produtivo e a situação de saúde dos trabalhadores; Rede de atenção integral à saúde do trabalhador; fortalecimento da intersetorialidade; participação social (comunidade e trabalhadores); capacitação dos profissionais de saúde que atendem o trabalhador; estudos e pesquisas (BRASIL, 2012).

Para falar em hierarquia organizacional assim como verificar como as políticas são formuladas e desenvolvidas precisamos entender o significado de Federalismo, forma adotada no Brasil desde a Constituição Federal de 1891.

Federalismo para Souza (2005) está relacionado ao sistema constitucional e a divisão de poder de governo baseada na territorialização, ligada às competências dos entes que compõem o Estado e nos poderes legislativo, judiciário e executivo, além da distribuição de recursos fiscais e das responsabilidades de cada ente. A autora contribui dizendo: “Há mais de um século, o Brasil adotou a forma federativa de divisão territorial de governo. Ao longo desse tempo, o país conviveu com grande variedade de arranjos federativos e experimentou períodos de autoritarismo e de regime democrático” (SOUZA, 2005, p. 105).

Para Arretche (2004), em se tratando da forma federalista de Estado a Constituição Federal de 1988 não modificou a condição institucionalizada de gerência das políticas sociais, principalmente da saúde, a qual é centralizada: “Na distribuição intergovernamental de funções, a União está encarregada do financiamento e formulação da política nacional de saúde, bem como da coordenação das ações intergovernamentais” (p.22). O Ministério da Saúde é quem formula decisões o que reflete na dependência das diretrizes e transferências federais ao governo local para o desenvolvimento da política de saúde, afetando e influenciando a gestão da saúde de tais governos (estados e municípios).

²⁰ Elaborado pela autora.

A autora ainda acrescenta, que os estados e municípios tem a sua participação na formulação de políticas de saúde institucionalizadas nos conselhos, com representação dos mesmos e da sociedade civil, o que diminuiu a possibilidade do Ministério da Saúde definir de forma unilateral as diretrizes de desenvolvimento do SUS. “Tais conselhos funcionam como um mecanismo de contrapeso à concentração de autoridade conferida ao Executivo federal (ARRETCHE, 2004, p. 23).

A saúde é organizada de forma hierarquizada e regionalizada cabendo a cada esfera de governo a sua gestão e atribuições. Na esfera da União, nacional, a gestão se dá pelo Ministério da Saúde ou coordenação nacional do SUS. Nos estados, a gestão do sistema de saúde acontece pela secretaria estadual de saúde. Nos municípios, a gestão do sistema de saúde é desenvolvido pela secretaria municipal de saúde com fiscalização do conselho municipal de saúde e, assim respectivamente, em ordem crescente, o conselho estadual e o nacional de saúde (CF, 1988; BRASIL, 1990).

A mesma lei citada acima aborda ainda a criação de comissões intersetoriais de âmbito nacional com subordinação ao conselho nacional de saúde formadas pelo Ministério da Saúde, órgãos competentes e sociedade civil, abrangendo articulação de programas e políticas nas seguintes atividades: alimentação e nutrição, saneamento e meio ambiente, vigilância sanitária e farmacoepidemiológica, recursos humanos, ciência e tecnologia e **saúde do trabalhador** (grifo nosso) (BRASIL,1990).Em relação à responsabilidade das esferas de gestão do SUS ou do próprio sistema como um todo podemos perceber na citação ênfase na responsabilidade constitucional:

O Sistema Único de Saúde é, por definição constitucional, um sistema público, nacional e de caráter universal, baseado na concepção de saúde como direito de cidadania e nas diretrizes organizativas de: descentralização, com comando único em cada esfera de governo; integralidade do atendimento; e participação da comunidade. A implantação do SUS não é facultativa e as respectivas responsabilidades de seus gestores – federal, estaduais e municipais – não podem ser delegadas. O SUS é uma obrigação legalmente estabelecida. (BRASIL, 2003, s/p)

A figura sete, a seguir apresenta a estrutura institucional e decisória do SUS:

Figura 7: Estrutura institucional e decisória do SUS

ESTRUTURA INSTITUCIONAL E DECISÓRIA DO SUS

	GESTOR	COMISSÃO INTERGESTORES	COLEGIADO PARTICIPATIVO
NACIONAL	ministério da saúde	comissão tripartite	conselho nacional
ESTADUAL	secretarias estaduais	comissão bipartite	conselho estadual
MUNICIPAL	secretarias municipais		conselho municipal

Fonte: Livro entender Gestão (2003)

Seguindo no âmbito da organização através da hierarquização e também da regionalização é importante salientar que no processo decisional quanto às ações e serviços que deverão ser realizados, a LOS apresenta as atribuições comuns designadas aos gestores dos SUS, União, Estados, e municípios, respectivamente através do Ministério da Saúde, das secretarias estaduais da Saúde e, também, das municipais da saúde.

Neste texto são apresentadas algumas das atribuições comuns as quais o parágrafo anterior se refere, estas são as seguintes: definir instâncias e mecanismos de controle das ações e serviços de saúde; gestão dos recursos financeiros e orçamentários; monitoramento do nível de saúde da população e condições ambientais; gestão do sistema de informação à saúde; elaboração de normas e procedimentos que identifiquem a assistência à saúde; **elaboração de normas técnicas e estabelecimentos de padrões de qualidade para promoção da saúde do trabalhador.** (grifo nosso)

Possível perceber, que as atribuições comuns atuam de forma a organizar e especificar o que cabe a cada ente, porém neste momento são evidenciadas atribuições que devem ser desenvolvida de forma tripartite, União, Estado, Distrito Federal e Municípios. Tais atribuições aparecem em nível mais estratégico do que operacional, pois emanam o planejamento, a formulação, o incentivo, o controle e a fiscalização de atividades e áreas abrangentes na saúde, inclusive, a saúde do trabalhador.

Competências de cada gestor estão descritas nos artigos 16 , 17 e 18 da LOS. Aqui serão destacadas somente as competências específicas à saúde do trabalhador na lei do SUS:

Art. 16 A direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS) compete: [...] II participar na formulação e implementação das políticas: [...] d) relativas às condições e ambientes de trabalho[...].Art.17 À direção estadual do Sistema Único (SUS) compete: [...] IV coordenar e em caráter complementar, executar ações e serviços: [...] d) saúde do trabalhador. [...] VII - participar das ações de controle e avaliação das condições e dos ambientes de trabalho [...].Art. 18. À direção municipal do Sistema de Saúde (SUS) compete: IV - executar serviços: [...] e) de saúde do trabalhador (BRASIL, 1990).

Ao efetuar análise mais apurada das competências de cada gestor é possível perceber que as competências da União e estados estão elencadas dentro das ações de atuação como planejar, criar, formular ações, programas e atividades pertinentes a prestação serviços de saúde, inclusive de saúde do trabalhador. Cabe ressaltar que novamente aparece o perfil estratégico principalmente para o estado, intermediador das ações, que até pode atuar na execução destas, mas como evidenciado no texto, de forma a complementar e não de forma executiva. Já ao município compete à operacionalização das políticas, dos programas, das estratégias, diretrizes e normas planejadas em nível superior de gestão.

Dentro das políticas públicas de saúde surge à organização da PNSTT, que apresenta como princípios e objetivos para organização e implementação desta: universalidade, integralidade, participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social, descentralização, hierarquização, equidade e precaução (BRASIL, 2012). Esta política evidencia como responsabilidades comuns (artigo 10) os seguintes fatores:

I - garantir a transparência, a integralidade e a equidade no acesso às ações e aos serviços de saúde do trabalhador; II - orientar e ordenar os fluxos das ações e dos serviços de saúde do trabalhador; III - monitorar o acesso às ações e aos serviços de saúde do trabalhador; IV - assegurar a oferta regional das ações e dos serviços de saúde do trabalhador; V - estabelecer e garantir a articulação sistemática entre os diversos setores responsáveis pelas políticas públicas, para analisar os diversos problemas que afetam a saúde dos trabalhadores e pactuar uma agenda prioritária de ações intersetoriais; e VI - desenvolver estratégias para identificar situações que resultem em risco ou produção de agravos à saúde, adotando e ou fazendo adotar medidas de controle quando necessário (BRASIL 2012).

Já os artigos subsequentes à citação acima, de 11 a 13 da PNSTT, apresentam respectivamente competências da direção nacional, estadual e municipal do SUS. É possível encontrar as competências de cada gestor quanto às atividades de desenvolvimento desta política para atenção à saúde do trabalhador e assim, novamente, há evidência da responsabilidade de implantação, desenvolvimento e operacionalização pelo município, ficando a União e estados com estratégias e apoios complementares quando o município não

possuir condições totais de atender demanda, exemplo a criação de redes e regiões de saúde para tratamento e reabilitação da saúde do trabalhador.

A saúde do trabalhador como política de Estado surgiu através da Constituição Federal de 1988, e que esta como política pública é traduzida por modificações e buscas constantes do direito fundamental, evoluindo e regredindo e que, atualmente, este último tem sido prevalente nas modificações e retiradas de alguns direitos do trabalhador (PREVITALE, 2016).

Desde o ano de 2017 os trabalhadores passaram por mudanças em seus direitos. Estas mudanças que podem afetar também a efetividade das políticas públicas relacionadas à saúde e segurança no trabalho. No texto abaixo verificamos algumas considerações:

No Brasil, durante o mandato de Michel Temer foi aprovada a Lei Federal 13.467 de 13 de julho de 2017, que altera a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e faz surgir novos aspectos relacionados aos direito do trabalho. As alterações aprovadas podem ser divididas em quatro temas: condições de trabalho, organização sindical, negociações coletivas e justiça do trabalho. O novo texto não foi bem recepcionado pela Anamatra (Associação Nacional dos Magistrados da Justiça do Trabalho). Inclusive, foram levantados alguns problemas como o acordo de compensação de jornada mediante acordo individual, restrições à magistratura do trabalho no livre convencimento motivado para a fixação das indenizações por danos extrapatrimonial, a previsão de que acordos e convenções coletivas de trabalho sejam o único negócio jurídico imune à jurisdição em todo o sistema jurídico brasileiro, entre outros (OLIVEIRA, 2017, p.12).

O mesmo autor refere que as alterações ocorridas com a reforma trabalhista foram as seguintes: 1- dano extrapatrimonial, resultando em quatro níveis para julgamento e verificação de valores pagos; 2- trabalhador autônomo, estabelece seu trabalho sem subordinação ao contratante de seus serviços; 3- terceirização, ônus de contratação e obrigação trabalhista da empresa terceirizada inclusive a subordinação dos trabalhadores contratados; 4- trabalho empregado gestante ou lactante, só poderá ser afastada do trabalho insalubre em grau máximo, o intervalo de amamentação deve ser decidido em acordo e este pode ser deduzido do valor a ser pago a trabalhadora.²¹

²¹ Dando continuidade às alterações da reforma trabalhista temos: 5- trabalho intermitente, nova forma de contratualização trabalhista (hora, dia ou mês trabalhado); 6- teletrabalho realizar o trabalho fora do local de trabalho, mas sob controle do empregador; 7- registro do empregado em carteira de trabalho; 8- permanência do empregado para atender interesses pessoais não será computado para pagamento a troca de uniforme, lanches e ou higiene pessoal; 9- jornada de trabalho; 10- jornada de trabalho 12x36; 11- intervalo intrajornada; 12- horas *in itinere*; 13- horas extras; 14- compensação de horas extras; 15- férias; 16- equiparação salarial; 17- procedimento de rescisão contratual, 18- contribuição social; 19- negociado *versus* legislado e por último as demandas trabalhistas pagamento das custas judiciais para que perder a ação, inclusive o trabalhador.

Percebe-se que dentre as alterações trabalhistas está a jornada de trabalho, no texto abaixo verificamos um pouco de efeito que esta pode causar ao trabalhador, quando se torna extensa, exaustiva e sem qualidade:

Há muito se tem afirmado que a saúde do trabalhador se trata de um direito humano e que pode ser afetada por inúmeros fatores no curso da relação de emprego, por vezes desaguando em acidentes do trabalho ou adoecimentos ocupacionais. E também há uma voz corrente no segmento juslaboral no sentido de que o excesso de tempo de trabalho, decorrente das extensas jornadas praticadas pelos trabalhadores, é uma das causas do surgimento dos infortúnios laborais [...] (SILVA, 2013, p.128).

Há a possibilidade de perceber tentativas de retirar ou diminuir direitos fundamentais do cidadão: como a integralidade à saúde, na alegação que não há recurso suficiente para manter este princípio de atendimento; a reforma previdenciária que tem seu reflexo no tempo de contribuição do trabalho e na idade, mais tempo, mais adoecimento ao trabalhador.

Outro ajuste é a reforma trabalhista retirando direitos consolidados do trabalhador como inter-jornada para o descanso entre um dia e outro; na terceirização, na diminuição da força sindical, ou melhor, na representação do trabalhador. Além da modificação também da característica do significado do trabalho escravo, e dos termos de fiscalização e denúncia deste, beneficiando ao empregador para seus lucros na diminuição das multas e penalidades. O texto que segue nos diz o seguinte:

Hoje, pode-se afirmar que apesar das inúmeras modificações políticas e econômicas vividas pelo país, em especial nos últimos 30 anos, os interesses econômicos e a capacidade das elites brasileiras de hegemonizarem a política real- baseada em um modelo de desenvolvimento que não considera os aspectos ambientais, sociais e as propostas de políticas públicas que possibilitam avanços dentro da organização do Estado- tem se sobreposto com muita vantagem aos esforços do *movimento social*, que se mantém dividido e, com frequência, aderente e mesmo cooptado (LACAZ et al, 2013, p.16).

No meio de tantos acordos e interesses representando uma classe já favorecida o reflexo sempre é no cidadão: trabalhador, assalariado, que enfrenta filas para tratamento de saúde, que adoece em seu ambiente de trabalho em função dos processos produtivos maçantes, e que, talvez desconheça os direitos que possui.

3.2 A Formulação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora (PNSTT) como política pública de saúde.

Para Ruas (1997) as políticas públicas são procedimentos ou processos com o objetivo de alocar recursos públicos e resolver algum tipo de problema coletivo, acrescentando o papel

do governo nas decisões, dos atores e arenas em que estas políticas serão formuladas. O texto a seguir diz que:

Denomina-se política o conjunto de diretrizes desencadeadas pelo Estado para suprir as necessidades ou anseios de setores da sociedade civil. As políticas públicas podem ser desenvolvidas somente pelo Estado ou, em um formato mais moderno, em parceria com diferentes entidades representativas de segmentos da comunidade afetados pela problemática a ser enfrentada. Sob a perspectiva democrática, as políticas devem ser desencadeadas por demandas da sociedade e apoiadas na determinação política e no conhecimento técnico para determinar as ações que conduzam de maneira eficaz ao cenário desejado em confronto com a situação real (PLANSAT,2012,p. 8).

Levando em consideração o texto citado há, no caso em questão, a necessidade do desenvolvimento de políticas públicas intersetoriais envolvendo setores como o Ministério da Saúde (MS), Ministério da Previdência Social (MPS), Ministério do Trabalho (MTb), representantes dos empregadores, representantes dos trabalhadores, os trabalhadores e o controle social através de conselhos gestores. Para que toda e qualquer política pública que vise à saúde do trabalhador seja formulada o mais próximo da realidade do mesmo, resultando em saúde, ambiente saudável e diminuição dos gastos previdenciários com afastamentos em função de doença, ou seguro acidentário, assim como, redução de processos judiciais que abrangem casos negligenciados pelo empregador. O texto abaixo complementa a compreensão:

Pensar em políticas públicas, de uma forma geral, significa pensar em instituições de uma sociedade, ou ainda, significa pressupor a existência de um interesse comum que consolide e justifique a existência dessas instituições. Maximizar o bem-estar social requer a elaboração de planos gestores que visem à mitigação de conflitos e obtenção de ganhos, o que resultará no alcance do interesse comum. Caberá sempre ao Estado empenhar-se para alcançar os fins da sociedade, sejam eles no âmbito da educação, da ordem social ou da conservação do meio ambiente (LERNER, 2006, s/p).

Segundo Silva (2013) a formulação de uma política de atenção à saúde do trabalhador na abrangência do SUS (PNSTT-SUS) é uma busca do Ministério da Saúde desde 1988. A política mais recente, citada acima, foi formulada sob a coordenação da área técnica de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde, a Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador - CGSAT e aprovada pelo Conselho Nacional da Saúde. Como segue no texto abaixo:

A PNSTT é uma política pública criada para proporcionar atenção à saúde ao trabalhador, elencando e priorizando as ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT), e vigilância epidemiológica em saúde do trabalhador. Desta forma, políticas públicas são programas, diretrizes, ações, ou o conjunto delas que devem ser elaboradas, formuladas pelo governo para mitigar ou eliminar algum problema ou necessidade dos cidadãos (ZORZI, SAMPAIO, 2016, p 7).

Ruas (1997) aborda a definição de política pública, como o conjunto de procedimentos resultados de relações de poder para resolução de conflitos pacíficos quanto a alocação de bens públicos. As políticas públicas (*policies*) são resultados (*output*) das atividades políticas (*politics* - conjunto das decisões e ações relativas à alocação de recursos) sendo necessário distinguir política pública de decisão política. (grifo do autor)

A autora acrescenta que as políticas públicas são decisões e ações públicas (revestidas da autoridade soberana do poder público), envolvem atividade política: *inputs* (demandas originadas do meio ambiente: reivindicações, saúde, educação segurança pública entre outros) e *Withinputs* (demandas de apoio ou suporte originadas dentro do próprio sistema político-ministros, burocratas, etc: obediência e cumprimento de leis, atos de participação política, apoio de partido político, disposição de pagar tributos) (grifo do autor). Destaca-se também na visão de Saravia que:

Trata-se de um fluxo de decisões públicas, orientado a manter o equilíbrio social ou a introduzir desequilíbrios destinados a modificar essa realidade. Decisões condicionadas pelo próprio fluxo e pelas reações e modificações que elas provocam no tecido social, bem como pelos valores, idéias e visões dos que adotam ou influem na decisão. É possível considerá-las como estratégias que apontam para diversos fins, todos eles, de alguma forma, desejados pelos diversos grupos que participam do processo decisório. [...] Com uma perspectiva mais operacional, poderíamos dizer que ela é um sistema de decisões públicas que visa a ações ou omissões, preventivas ou corretivas, destinadas a manter ou modificar a realidade de um ou vários setores da vida social, por meio da definição de objetivos e estratégias de atuação e da alocação dos recursos necessários para atingir os objetivos estabelecidos. (SARAVIA, 2006, p. 28)

No mesmo sentido a política pública procura responder e ou solucionar um problema público que é o centro da formação e vida de toda política (LIMA, 2012). A questão de problema ou necessidade pública também aparece no texto abaixo:

As políticas públicas são ações governamentais dirigidas a resolver determinadas necessidades públicas. As políticas podem ser sociais (saúde, assistência, habitação, educação, emprego, renda ou previdência), macroeconômicas (fiscal, monetária, cambial, industrial) ou outras (científica e tecnológica, cultural, agrícola, agrária). Usualmente o ciclo das políticas é concebido como o processo de formulação, implementação, acompanhamento e avaliação (GELINSKI, SEIBLE, 2008, p. 228).

Outro autor, Oliveira (2010), enfatiza a participação das pessoas na política pública dizendo o seguinte: o significado de política pública esta relacionado à participação do povo nas decisões da cidade e no território. No entanto, enfatiza que na história tal participação assumiu diversas formas acontecendo direta ou indiretamente, esta última através de representação. E enfatiza a presença do agente Estado nas decisões de política pública.

Após evidenciar o conceito de política pública é importante conhecer a tipologia das políticas públicas. Neste estudo será utilizada a classificação de Lowi (1964), citada por Secchi, 2015, que classifica em quatro tipos: regulatórias (estabelecem padrões de comportamento); distributivas (geram benefícios concentrados para alguns grupos e despesas para outros); redistributivas (benefícios) e constitutivas (regras, leis, normativas) A PNSTT pode ser classificada como uma política constitutiva normativa que designa competências a cada esfera de poder e distributiva pois está direcionada ao grupo de trabalhadores e trabalhadoras, estendendo o conceito de trabalhador, ou melhor, quem é considerado trabalhador pelo SUS.

Quanto às características, distributiva e constitutiva, da PNSTT, respectivamente dentro da possibilidade desta gerar serviços públicos de saúde. Em específico ao trabalhador, atendendo à demanda através dos princípios de universalidade e integralidade, sendo financiada pela sociedade, através dos recursos da seguridade social. E, por conseguinte, é uma normativa, ou seja, portaria promulgada em 2012, que apresenta competências para o gestor nacional, estadual e municipal.

Deste modo, Oliveira (2010) enfatiza que políticas distributivas geram ações rotineiras que todo governo deve executar, se referem à oferta de serviços, recursos estruturais, serviços públicos devendo ser executada precisamente e setorialmente relacionada à demanda social, seu financiamento é realizado pela sociedade.

As políticas públicas para serem criadas passam por um ciclo chamado ciclo de política pública, alguns autores como Secchi (2015) atribuem significado ao ciclo da política pública como o ciclo de vida desta. O autor citado apresenta sete componentes para este ciclo: identificação do problema, formação da agenda, formulação de alternativas, tomada de decisão, escolha das melhores alternativas, **implementação da política pública**, avaliação e ,como último componente, a extinção da política pública. (grifo nosso)

Souza (2006) visualiza o ciclo da política pública como um modelo de formulação e ou de análise de políticas públicas, abordando este como um processo sistêmico e dinâmico, e atribui ao ciclo seis estágios: definição da agenda, identificação das alternativas, avaliação das opções, seleção das opções, implementação e avaliação. Souza ainda relaciona o ciclo da política pública ao modelo de múltiplos fluxos de Kingdon (1984), onde é possível promover mudança na agenda governamental.

Utilizando o ciclo citado por Secchi (2015), que evidencia a identificação do problema para que se inicie o processo de formulação de uma política pública, podemos atribuir que o problema aqui é visto como problema público, ou seja, que em um dado momento passou a ser visualizado pelo governo como situação que deveria ser resolvida ou mitigada para o bem

estar da sociedade. Este problema passa a constituir a agenda governamental, ou seja, prioridade de resolução através de elaboração de ações, diretrizes, programas- políticas públicas. Cabe aqui acrescentar que o fato de não fazer nada também pode ser visto como política pública (SOUZA, 2006; CAPELLA, 2007).

No caso da PNSTT, pode-se atribuir como problema as doenças geradas pelo trabalho e falta de Higiene Ocupacional²², aos acidentes que geram indicadores alarmantes. Além da necessidade de uma política que organizasse a atenção à saúde do trabalhador através de diretrizes, objetivos, princípios e atribuições e competências a serem cumpridas e executadas pelos gestores de saúde.

Não é de hoje que segurança e saúde do trabalhador tornaram-se problema público (coletivo). Frente ao número de acidentes do trabalho, doenças ocupacionais e profissionais, inspeções do trabalho e auditorias, gastos previdenciários, afastamentos com indenização acidentária ou doença, judicialização, necessitando de políticas públicas sociais, voltadas a esta área, que visem mitigar ou eliminar. Tais acontecimentos, indo ao encontro com o pensamento de Secchi.

Após a identificação do problema público e formação da agenda governamental, os próximos estágios são a **formulação de alternativas e tomada de decisão**, respectivamente a busca de soluções ou da melhor solução e a decisão da qual surgirá a formulação da política pública, ou como citado a decisão de não fazer nada. (Grifo nosso). Quanto à formulação de alternativas podemos verificar que:

A formulação das alternativas é um dos mais importantes momentos do processo decisório, porque é quando se colocam claramente as preferências dos atores, manifestam-se os seus interesses e é então que os diversos atores entram em confronto. Cada um deles possui recursos de poder: influência, capacidade de afetar o funcionamento do sistema, meios de persuasão, votos, organização, etc. E cada um deles possui preferências. Uma preferência é a alternativa de solução para um problema que mais beneficia um determinado ator. Assim, dependendo da sua posição, os atores podem ter preferências muito diversas uns dos outros quanto à melhor solução para um problema político. (RUAS 1997 s/p.)

Em referência ao tema outro estudioso, Lerner (2006), evidencia a formação da agenda, mas partindo de conflito social, como pode-se visualizar abaixo:

A existência de conflitos sociais, e conseqüentemente, a pressão para solução desses conflitos formará agendas, no âmbito dos Estados. A percepção desses conflitos muda de acordo com os gestores públicos e isto fixará a agenda de diferentes formas. Fixadas as agendas, estas farão surtir programas de governo que, por fim, tornar-se-ão políticas públicas a partir do momento em que forem

²² Higiene Ocupacional está relacionada ao levantamento, diminuição ou eliminação dos riscos presentes no ambiente de trabalho.

institucionalizadas. Entretanto, esta institucionalização pressupõe a existência de financiamento para sua implementação (LERNER 2006, s/p).

No processo de formulação de alternativas e decisão surgem os atores políticos, aqueles que têm capacidade de influenciar nas decisões, mudar ou sensibilizar a opinião pública, e as arenas políticas (sociais), os quais irão atuar conforme seus interesses para a resolução do problema.

A exemplo da PNSTT, podemos citar como atores políticos: os trabalhadores (sociedade civil), os sindicatos, os empregadores, ou representantes destes, os burocratas (que representam a intersetorialidade do Ministério da Saúde, do Ministério do Trabalho do Ministério da Previdência Social) e o Conselho Nacional de Saúde, representando o controle social e todas as esferas de poder. Também é possível citar como atores os think tanks-instituições de pesquisa a como Fundacentro, o IPEA - Instituto de Pesquisas de Economia e Administração e a OIT. Outro ator importante é a mídia ou os canais de comunicação atuando na divulgação e da ênfase de acidentes de trabalho, mortes, gastos previdenciários, trabalho infantil, escravo; e também a comunidade científica, através de estudos e pesquisas (conhecimento).

Os atores políticos citados atuam nas arenas sociais e estas, conforme Secchi (2015), podem ser classificadas como locais onde acontecem as disputas pela melhor decisão ou interesses dos atores políticos interessados nesta política pública, a exemplo: como os ministérios (MS), o congresso, o legislativo e os Conselhos de Saúde e Comissões tripartites, os setores, os usuários (grupos organizados). O texto abaixo de apresenta o processo que acontece no modelo de arenas sociais:

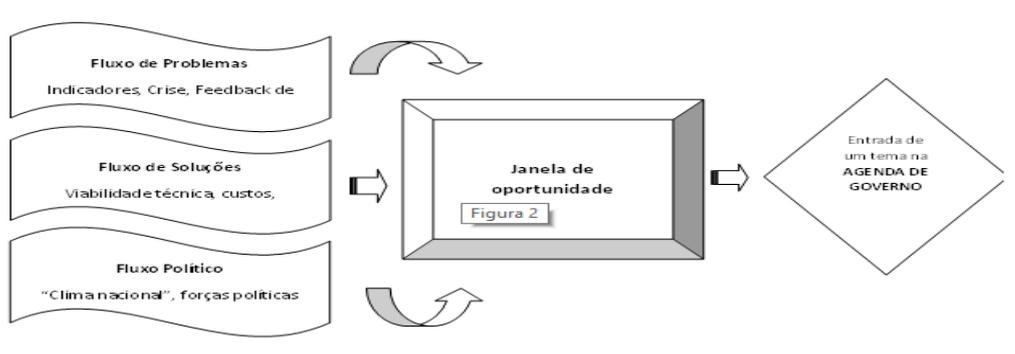
O modelo de arenas sociais vê a política pública como sendo iniciada pelos chamados empreendedores políticos ou de políticas públicas. Isto porque, para que uma determinada circunstância ou evento se transforme em um problema, é preciso que as pessoas se convençam de que algo precisa ser feito. É quando os *policymakers* do governo passam a prestar atenção em algumas questões e a ignorar outras. Existiriam três principais mecanismos para chamar a atenção dos decisores e formuladores de políticas públicas: a) divulgação de indicadores que desnudam a dimensão do problema; b) eventos tais como desastres ou repetição continuada do mesmo problema; e c) feedback, ou informações que mostram as falhas da política atual ou seus resultados medíocres. Esses empreendedores constituem a *policy community*, comunidade de especialistas, pessoas que estão dispostas a investir recursos variados esperando um retorno futuro dado por uma política pública que favoreça suas demandas. Eles são cruciais para a sobrevivência e o sucesso de uma idéia e para colocar o problema na agenda pública (SOUZA, 2002, p. 10) (Grifo do autor).

Após a apresentação no estudo dos atores políticos e arenas sociais (disputas decisórias, interesses), relevantes tanto na evidência do problema, que passa a constituir a agenda governamental, quanto na formulação de alternativa e decisão de soluções. Torna-se

importante apresentar neste estudo os modelos de decisão. Nestes casos será abordado o modelo múltiplos fluxos (Kingdon, 2003), o qual também influencia na formação da agenda, e, também, os modelos de decisão apresentados por DYE (2006).

Para Kingdon (2003) apud Lessa et al (2014) o processo de decisão nas políticas públicas pode ser representado por três correntes dinâmicas: dos problemas, das alternativas e da política - múltiplos fluxos. Assim a agenda governamental segue um caminho que se caracteriza da seguinte forma: surgimento de problemas reconhecidos pela sociedade (indicadores, catástrofes), levantamento de ideias e ou alternativas de solução e o contexto político, administrativo e legislativo favorável para a formulação da política. Na figura oito encontramos o fluxo do processo decisório e a formação da agenda governamental:

Figura 8: Os três fluxos do processo decisório e a entrada de temas na agenda do governo.



Fonte: A ideia de ciclo na análise de política pública, 2011

No modelo de Múltiplos Fluxos uma questão passa a fazer parte da agenda é porque houve uma junção dos três fluxos- problema, solução e política- abrindo assim uma janela de oportunidade para a formulação da política pública, neste momento surgem os empreendedores das políticas (*policy entrepreneurs*) dispostos a investir numa ideia, podem ser os burocratas, os parlamentares, os grupos de interesse entre outros (CAPELLA, 2007) (grifo do autor). Como evidenciado no texto abaixo:

No modelo adotado, problemas e soluções vão sendo propostos de maneira mais ou menos independente, formando uma espécie de “sopa primal” de ideias que estariam latentes nas arenas decisórias. Esses problemas e soluções seriam selecionados conforme a atenção que despertam nos tomadores de decisão, manifestando-se no surgimento de “janelas de oportunidades”. Estas podem ocorrer devido à pressão para cumprir um cronograma previamente definido,

forçando o tomador de decisões a fazer escolhas; ou da pressão decorrente de eventos imprevisíveis, como crises, epidemias ou desastres naturais que demandam intervenções imediatas (KINGDON, 2003; ZAHARIADIS, 2007 apud GOTTEMS, PIRES, 2013).

Na parte da análise da política pública de saúde estudada, que vem a seguir, foi utilizada a teoria do ciclo das políticas públicas, tratando especificamente a fase de implementação, dentro de um modelo de implementação *top dow* que, neste caso, caracteriza-se como a implementação de cima para baixo, sem se aproximar da realidade do usuário ou dos profissionais da saúde que atendem este, ou mesmo da sociedade civil.

Quanto ao modelo *top dow* de política pública, Secchi (2015) utiliza referência de Sabatier (1986) o qual refere haver dois modelos de implementação- *top dow e botton-up*- refere que o primeiro é evidenciado pela divisão clara entre a formulação e a implementação da política, quem formula e decide é a esfera política e quem implementa, são os agentes administrativos, burocratas, elencados na maioria das vezes nos municípios, em que pese a dificuldade de implantação por desconhecimento do mais simples, ou seja, dos objetivos de tal política. (Grifo autor) O texto a seguir acrescenta que:

É possível considerar a PNSTT como uma política *top dow*, pois mesmo que atores como sociedade civil (conselhos de saúde), trabalhadores (sindicatos), empregadores (confederações) mobilizem decisões, quem decide a política ou a sua formulação é o governo, ficando a responsabilidade de implementar tal política pública para os burocratas de rua ou para quem está próximo da população usuária (ZORZI, SAMPAIO, 2016, p 12) (grifo do autor).

Dye (2006), também sugere vários modelos de análise das políticas públicas, tais como: o modelo institucional, o modelo de processo, o racionalismo, a teoria sistêmica e o do modelo do incrementalismo.

Serve de referência para análise da implementação da PNSTT o modelo do incrementalismo que pode acontecer tanto na fase de formulação das políticas públicas como também no momento de implementação das mesmas. O modelo do institucionalismo como aquele que é regido por regras, por leis e ou por normativas ligada às instituições como congresso, governo estadual e municipal. A PNSTT tem uma relação estreita com o modelo institucional, pois é criada através de uma norma, neste caso uma portaria e, necessita ser adotada e implementada por instituições governamentais (competência de governo), através dos gestores da saúde com suas respectivas competências.

A saúde do trabalhador enquanto política pública está dentro do rol de ações e competências do SUS, como visto anteriormente, que deve ser cumpridas por parte dos gestores tripartites (federal, estadual e municipal), direcionando a realização e concretização das ações a cada esfera sua responsabilidade ou competência, principalmente a gestão

municipal. Também levando em consideração nestas referências de análise da política de saúde estudada, a importância dos burocratas de rua, aqueles que fazem a política acontecer.

Pensando no ciclo da política pública, neste momento voltemos à atenção para a implementação da política pública, referenciada como etapa, esta procede à fase da decisão, da escolha das melhores alternativas, onde o modelo incremental muitas vezes se faz presente. nesta fase é que a política será desenvolvida, onde seus objetivos, diretrizes e recursos serão instrumentalizados,

Quanto ao ciclo da política pública, Frey (2000) refere que há várias teorias que abrangem esta forma de análise, porém as fases que aparecem ou se sobressaem em todas as teorias são: a formulação, a implementação e o controle dos impactos da política.

Há aspectos básicos para análise da implementação da política pública que devem ser considerados como: as pessoas que irão desenvolver e fazer a mesma acontecer, as formas de organizações, as competências descritas como técnicas, humanas e gerenciais, a liderança e a coordenação de ações, as atitudes e inter ou intrarelacionamentos considerando as pessoas, as instituições e os recursos que se estendem do humano à capacidade política (SECCHI, 2015) Como descrito a seguir:

A implementação pode ser compreendida como o conjunto de ações realizadas por grupos ou indivíduos de natureza pública ou privada, as quais são direcionadas para a consecução de objetivos estabelecidos mediante decisões anteriores quanto a políticas. Em outras palavras, trata-se das ações para fazer uma política sair do papel e funcionar efetivamente. Este processo precisa ser acompanhado, entre outras coisas, para que seja possível identificar porque muitas coisas dão certo enquanto muitas outras dão errado entre o momento em que uma política é formulada e o seu resultado concreto (RUAS 1997, p.13).

A autora citada afirma que há pré-condições para implantação eficiente de uma política pública como: as situações particulares da agência implantadora não devem constituir impedimentos, o tempo e o recurso suficiente, a combinação de recursos para cada etapa de implantação, a relação da política com o problema e a solução, a relação direta entre causa e efeito, uma só agência implementadora, o conhecimento dos objetivos a serem atendidos, o processo de comunicação e coordenação eficiente entre os envolvidos e a gestão e a liderança. Frey quando aborda a fase de implementação das políticas públicas dentro da abordagem da *'policy analysis'*²³ refere que:

O interesse da *'policy analysis'* nesta fase se refere particularmente ao fato de que, muitas vezes, os resultados e impactos reais de certas políticas não correspondem

²³ Conceitos da Análise da Política Pública (FREY, 2000)

aos impactos projetados na fase da sua formulação. No que tange à análise dos processos de implementação, podemos discernir as abordagens, cujo objetivo principal é a análise da qualidade material e técnica de projetos ou programas, daquelas cuja análise é direcionada para as estruturas político-administrativas e a atuação dos atores envolvidos. No primeiro caso, tem-se em vista, antes de mais nada, o conteúdo dos programas e planos. Comparando os fins estipulados na formulação dos programas com os resultados alcançados, examina-se até que ponto a encomenda de ação foi cumprida e quais as causas de eventuais déficits de implementação.. No segundo caso, o que está em primeiro plano é o processo de implementação, isto é, a descrição do como e da explicação do porquê (FREY, 2000, p.228).

Quando alinhada esta política estudada às formas de decisões tomadas e observadas durante estudo de campo é possível perceber que ainda não houve grandes mudanças nas formas de atendimento e a assistência ao trabalhador até mesmo enquanto alinhamento aos objetivos que a mesma defende, então percebemos que nesta forma o Modelo Incremental de decisões, principalmente na implementação está presente. O texto de Ruas explica muito bem o modelo incremental:

Em termos simplificados, o modelo incremental - que tem em Lindblon²⁴ um dos seus defensores - significa buscar solucionar problemas de maneira gradual, sem introduzir grandes modificações nas situações já existentes, e sem provocar rupturas de qualquer natureza. Ou seja, em vez de especificar objetivos e de avaliar que decisões podem atender a esses objetivos, os tomadores de decisão escolhem as alternativas mediante a comparação de alternativas específicas e da estimativa de quais dessas alternativas poderão melhor produzir os resultados esperados. Assim, a melhor decisão não é aquela que maximiza os valores e objetivos dos tomadores de decisão, mas aquela que assegura o melhor acordo entre os interesses envolvidos (RUAS, 1997, p.8).

Para Dye (2006,) o modelo incremental, é representado pela política pública como continuação de governos anteriores, não gera mudanças significativas, por características como a falta da capacidade técnica e de recursos, legitimam políticas anteriores, aplicações vultosas em programas atuais dificultando investir em outros, é politicamente conveniente. É possível perceber que a PNSTT é uma política de continuidade no modelo que está sendo considerado, segue os princípios da LOS e deve ser transversal a ela, podendo gerar uma comodidade a quem for implementar . Visto que, tal política passa a existir através de uma portaria, ato do executivo para orientar a realização de determinadas diretrizes e ou condutas, neste caso a execução da PNSTT. O autor ainda afirma que este modelo é conservador.

Secchi (2015) afirma que o modelo incremental, criado por Lindblom, veio para contrastar com os modelos racionais de tomada de decisão, sendo um método de estabilidade sem mudanças no *status quo* da política ou mesmo dos objetivos a que se propõe, sendo um

²⁴ A visão da política como um processo incremental foi desenvolvido por Lindblom (1979) (SOUZA, 2006, p.29).

modelo mais utilizado pelos tomadores de decisões, principalmente quando não se busca grandes mudanças. No texto que é abordado um pouco mais:

[...] O modelo incremental comporta três características principais: 1) problemas e soluções são definidos, revisados e redefinidos simultaneamente e em vários momentos da tomada de decisão; 2) as decisões presentes são consideradas dependentes das decisões tomadas no passado e os limites impostos por instituições formais e informais são barreiras à tomada de decisão livre por parte do *policymaker*.²⁵ Segundo Lindblom (1959), a tomada de decisões é um processo de imitação ou de adaptação de soluções, já implementadas em outros momentos ou contextos; 3) as decisões são consideradas dependentes dos interesses dos atores envolvidos no processo de elaboração da política pública e por isso, muitas vezes a solução escolhida não é a *melhor opção*, mas sim aquela que foi politicamente lapidada em um processo de construção de consensos e de ajuste mútuo de interesses (SECCHI, 2015, p.53).

Dentro da fase da implementação da política pública temos os atores, que neste caso serão tratados como burocratas de rua, ou *policymaker*, pois são aqueles que estão imersos na realidade do trabalhador usuário e também que necessita de recursos para desenvolver a política, como recursos financeiros, estruturais, tecnológicos e nesta aplica-se o conhecimento, vinda através da formação específica nesta área. Como observado no texto abaixo:

A fase da implementação é aquela em que a administração pública reveste-se de sua função precípua: executar as políticas públicas. Para tanto, o *policymaker* necessita de instrumentos de política pública²⁶, ou seja, meios disponíveis para transformar as intenções em ações políticas. Se compararmos a atividade do *policymaker* com a atividade do médico, o problema público é a doença, a política pública é prescrição médica, e o instrumento de política pública é o tratamento escolhido para tentar solucionar/amenizar o problema (SECCHI, 2015, p.58) (grifo do autor).

A PNSTT é o instrumento de política pública para os problemas referentes à saúde do trabalhador (a) brasileiro. Ações que são abordadas, planejadas e legalizadas desde 1990, e que partem de teorias genéricas para maior especificidade, como o território ao qual o trabalhador está inserido, na organização do serviço de saúde local (ABS) voltada ao trabalhador, na capacitação de recursos humanos da saúde e nos recursos financeiros e físicos. A política abordada apresenta muitos conceitos informativos e um deles é a formação do profissional que executa a mesma:

18. Desenvolvimento e capacitação de recursos humanos - A capacitação dos profissionais para o desenvolvimento das ações em saúde do trabalhador tem importância estratégica na operacionalização desta Política. Esta qualificação deverá

²⁵ Atores políticos, implementadores da política pública (SECCHI, 2015)

²⁶ SECCHI (2015, p.58) apresenta diversos modelos de instrumentos de política pública de diversas literaturas especializadas.

considerar a necessidade de harmonização dos conceitos e valores, e de mudanças nos processos de trabalho e nas práticas de saúde das equipes multiprofissionais nas três esferas de gestão do SUS, de modo a operar efetivamente como redes de atenção solidárias e compartilhadas e na perspectiva de viabilização de apoio institucional e matricial (BRASIL, 2012).

Lima e D' Ascenzi (2017) trazendo conceitos de Lipsky (2010) referem que o burocrata de rua é aquele que entra em contato com o cidadão, com o usuário dos serviços e destes sabe e conhece os fluxos, as necessidades, e a forma de lidar com estas situações os tornam capazes de serem formadores de políticas públicas. O texto abaixo complementa:

Uma característica importante também evidenciada é que os agentes que implementam as políticas públicas não são os mesmos que criaram as respectivas políticas públicas. Podendo dificultar o resultado ou a eficiência da resolução do problema público a qual a(s) políticas são criadas, muitas vezes esta pode não ser implementada em função de interesses ou omissões de agentes públicos, gerando resultados diferentes dos objetivos a que a política se propõe. Assim, autora enfatiza que a implementação está em constante interação onde ações individuais em pontos estratégicos podem influenciar os resultados, o que denota que não existe um processo acabado da(s) política(s) pública(s) mas movimento contínuo de mudanças, estrutura de relações e dinâmicas (interações) cada vez mais aceleradas. (RUAS, 1997, pp. 13 -15).

Estes têm relevância na assertividade da implementação de toda e qualquer política pública, neste caso os profissionais de saúde a atenção básica, aqui estudados, são os executores e implementadores da política pesquisada.

4. Analisando os dados

O estudo realizado tem uma abordagem no trabalho com os dados estatísticos, quantitativos, descritivos e qualitativos, obtidos através dos questionários foram consolidados em planilha de Excel, e formaram um banco de dados, este foi estruturado em variáveis que representavam cada questão respondida, resultando em gráficos e quadros com valores permitindo a sua interpretação. Os registros da observação simples foram transformados em diário de campo composto por anotações de situação e realidade percebida, estas foram analisadas e transformadas em categorias de análise possuindo função contextualizadora (qualitativa) dos dados estatísticos e do cenário da política estudada.

Assim, os dados foram alocados e discutidos em blocos de população alvo: 1- Gestores da Saúde; 2- Profissionais da Saúde da atenção básica; 3- Trabalhadores usuários do serviço de saúde da atenção básica. Estes blocos foram organizados através do uso de variáveis independentes, caracterizando o perfil de cada população estudada, e variáveis dependentes, diretamente ligadas ao conhecimento das populações estudadas quanto ao desenvolvimento da política aqui estudada, competências a serem executadas e contexto em que o trabalhador usuário está inserido.

Além das contribuições do próprio público alvo ao responder o questionário em perguntas abertas, para estas, ao serem utilizadas no texto como argumento dos dados, cada profissional de saúde será evidenciado por um codinome numérico. Abaixo é demonstrado o quadro elaborado pela autora para interpretar as respostas inseridas nos questionários dos gestores e dos profissionais da saúde:

Quadro 14: Interpretação das variáveis dependentes

População Alvo	Respostas	Unidade de interpretação
Gestores	Desenvolve Pouco desenvolvida Não desenvolve Desconheço	PNSTT; Considera Lei 8080 (art. 16); Atua somente nas ações pertinentes ao SUS, sem art. 16 (8080) e PNSTT Sem conhecimento SUS e PNSTT
Profissionais	Conhece Pouco conhecimento Desconhece Não respondeu	PNSTT; Ações SUS, considerando art. 16; Sem conhecimento PNSTT , somente ações pertinentes ao SUS, sem art. 16 (8080) Sem conhecimento SUS e PNSTT

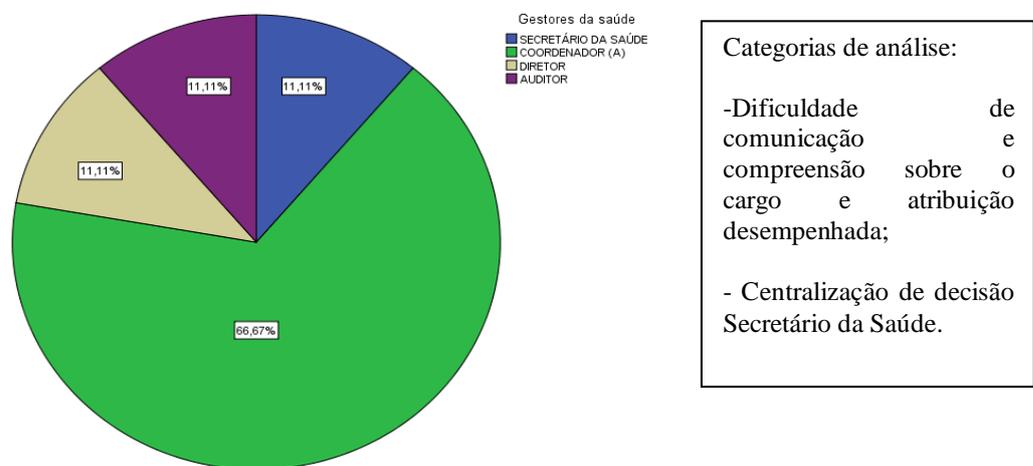
Fonte: Elaborado pela autora através das normas que direcionam a implementação do Sistema de Saúde.

4.1 Conhecimento dos gestores acerca das competências do município dentro da PNSTT

4.1.1 Do perfil dos gestores

Considera-se importante apresentar um perfil que fosse alinhado aos dados que serão apresentados, lembrando que foram nove gestores pesquisados. Abaixo, no gráfico um, foi evidenciado o cargo dos gestores que estavam centralizados na Secretaria de Saúde:

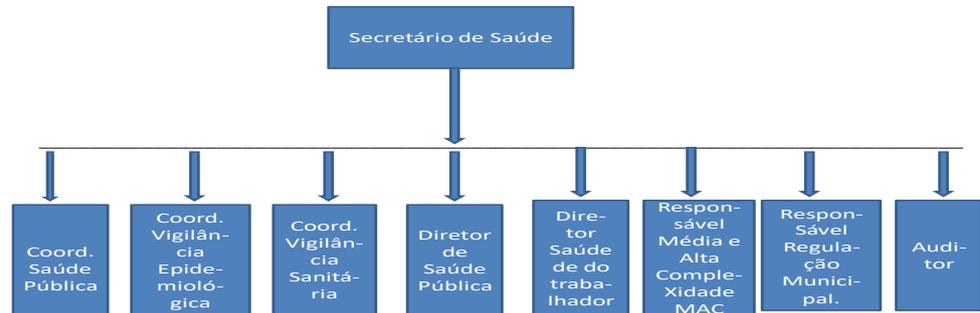
Gráfico 1 - Número de gestores



Fonte: Dados coletados e consolidados pela autora

Dentro da gestão estudada, foram entrevistados nove gestores, vimos nos resultados que obtivemos um percentual de 66,67% com cargo de coordenadores de áreas, porém na observação havia três coordenadores e três responsáveis por departamentos ou ações. É perceptível a falha de comunicação e entendimento sobre seu cargo e ou atribuições. Durante a observação realizada foi possível elaborar um organograma, conforme figura nove, para evidenciar a hierarquia e as relações de comando:

Figura 9: Organograma gestão municipal da saúde 2016



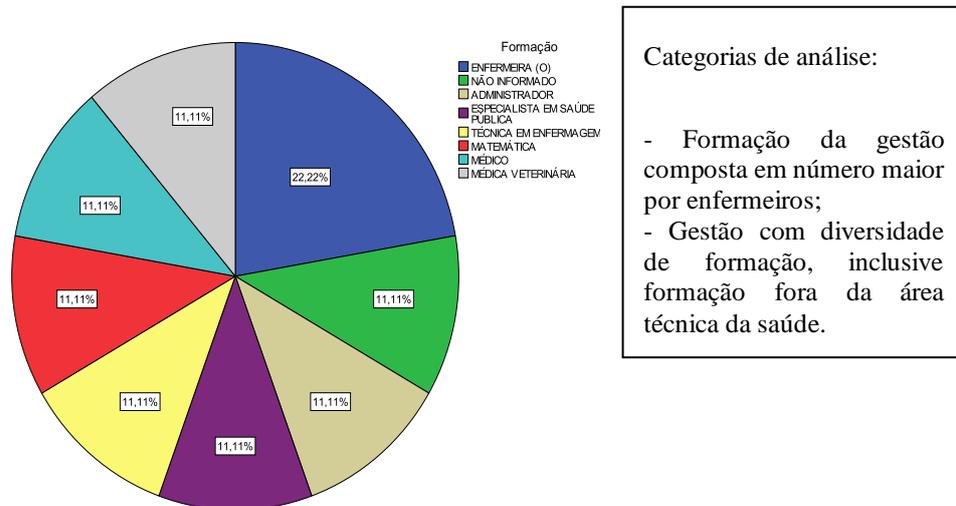
Fonte: Elaborado pela autora através da observação participante.

Neste caso trazemos as colocações de Chiavenato que atribui à *Teoria Clássica de Fayol* a centralização da autoridade através da *organização linear*, apresentando no texto abaixo as desvantagens da centralização (grifo do autor):

As decisões são tomadas por administradores que estão distanciados dos fatos, tomadores de decisão situados no topo raramente têm contato com as pessoas e situações envolvidas, administradores nos níveis inferiores estão distanciados dos objetivos globais, as linhas de comunicação mais distanciadas provocam demoras e maior custo operacional, pelo envolvimento de muitas pessoas, cresce a possibilidade de distorções e erros pessoais no processo (CHIAVENATO, 1993, p.339).

No caso do estudo apresentado aqui foi observado a centralização de decisões voltadas ao Secretário de Saúde, onde não havia liberdades de planejamento de ações, sem que esta fosse revisada e autorizada pelo mesmo. Chiavenato ainda acrescenta que em situações de centralização da autoridade e de decisão, algumas organizações mantêm-se conservadoras e geram a cultura organizacional da obediência, destas podemos citar alguns fatores que as reforçam: a ênfase nos resultados do negócio sem levar em conta o lado humano da empresa, o comportamento da cúpula contradiz a sua mensagem de fortalecimento das equipes e das pessoas, as falhas nos esforços passados de melhoria continuam reforçam a crença de que é difícil ou impossível mudar o *status quo*, entre outros (CHIAVENATO, 2013). No gráfico dois podemos observar:

Gráfico 2 - Formação dos gestores

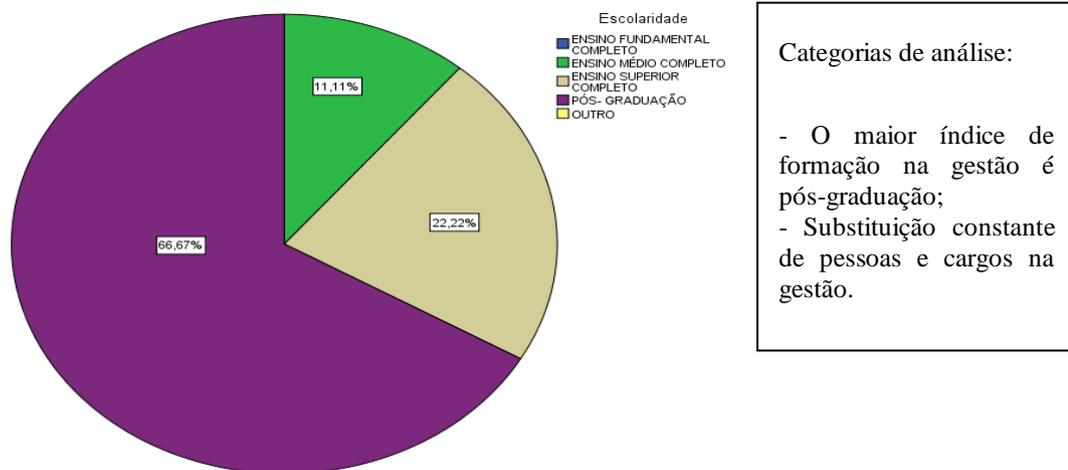


Fonte: Dados coletados e consolidados pela autora

Os dados nos mostram que dos oito gestores centralizados e gerenciados pelo Secretário da Saúde, 22,22% são enfermeiras (coordenadora atenção básica e coordenadora vigilância epidemiológica), setores estratégicos da saúde, visto que na saúde do trabalhador a atenção básica é a porta de entrada do mesmo ao sistema de saúde. Onde a vigilância epidemiológica, é a responsável pelos dados coletados no município, pertinente às condições de saúde e doença da população em especial da saúde do trabalhador, exemplo a notificação de acidentes de trabalho e acidentes graves e fatais.

Os demais setores já apresentados no gráfico 1 são distribuídos da seguinte forma: Secretário da Saúde- administrador, coordenador vigilância sanitária- médica veterinária, auditor: médico obstetra, diretor (a) saúde- não informado, responsável saúde do trabalhador- especialista em saúde pública (este está dentro da atenção básica e desenvolve as ações de forma isolada sob orientações diretas do secretário da saúde), regulação municipal- técnica em enfermagem (nível médio de formação), MAC- formação em matemática (quem gerencia a produção e os valores a serem pagos pela produção atenção básica e MAC). Frente a estes dados consideramos pertinente evidenciar o nível de escolaridade destes profissionais que atuam na gestão municipal de saúde, como demonstrado no gráfico três:

Gráfico 3- Escolaridade dos gestores



Fonte: Dados coletados e consolidados pela autora

A grande maioria dos profissionais estudados possui pós- graduação, 66,67%, e dentro da área de saúde pública, 22,22% são graduados e 11,11% são do ensino médio. Queremos chamar a atenção que, em cargos de nível estratégico há a necessidade específica de formação na área, para o planejamento efetivo e para a aplicação de recursos e investimentos nos serviços e ações saúde principalmente na saúde do trabalhador usuário.

Em observação realizada foi possível perceber um grande rodízio de cargos e pessoas dentro dos setores, em específico na gestão. Acrescentado a este fato o momento de campanha eleitoral e eleições. Constatamos que a designação de profissionais para os cargos de gestão não se davam por formação específica na área em que os mesmos vão atuar, mas muitas vezes por afinidade partidária. Isto se confirma com as demissões que houve naquele momento em que fazíamos a visita, num dia havia um profissional e quando retornávamos em outro, o profissional já não estava mais. Ou mesmo, troca de função, como exemplo: em dado momento foi conversado com a coordenadora da Vigilância Sanitária para realizar a aplicação do questionário, no dia em que a pesquisadora chegou a coordenadora estava na função de telefonista e outro profissional havia assumido seu cargo.

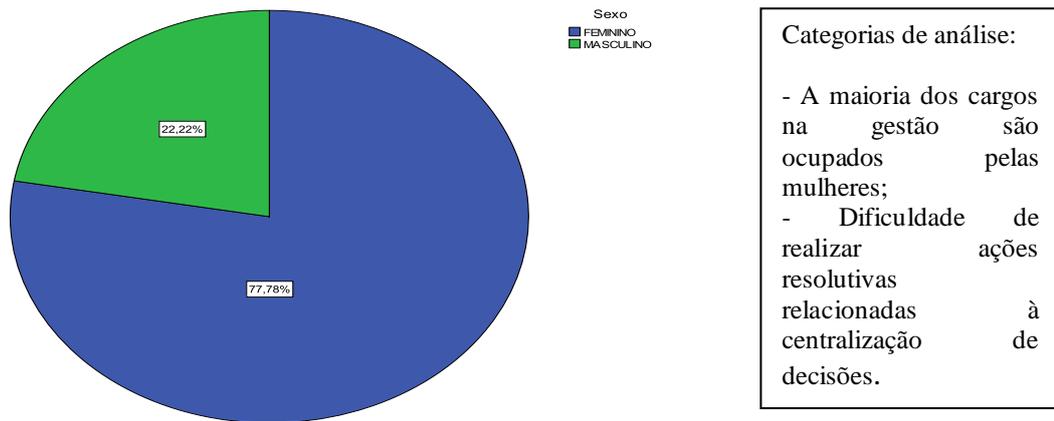
Secchi (2015) denomina estes funcionários como designados politicamente, são aqueles que estão no meio da pirâmide que compõe a organização da estrutura governamental, sendo que o ápice da pirâmide é composta pelos políticos eleitos e a base é composta pelos burocratas. O texto abaixo esclarece que:

[...] Se, por outro lado, há uma escolha eminentemente política para os cargos comissionados, promovendo afiliados e militantes, os políticos são acusados de desprezar o critério de mérito em suas escolhas. Também nesse último caso, os

políticos arriscam desempenhos pobres na condição das políticas públicas por falta de capacidade técnica no nível da direção (SECCHI, 2015, p.104).

Prejudicando assim, o usuário do sistema de saúde que necessita de ações e serviços planejados para a resolutividade e qualidade. No gráfico quatro trazemos o aspecto sexo presente na gestão:

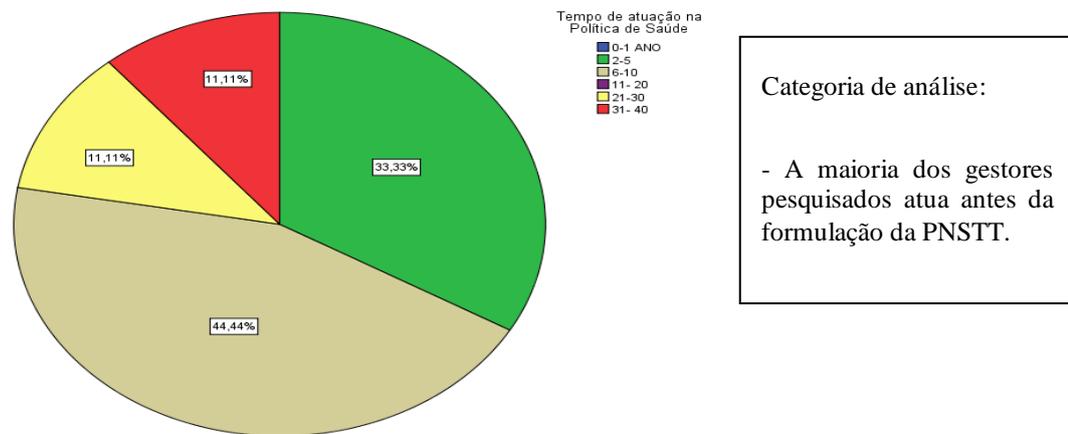
Gráfico 4 - Sexo dos gestores



Fonte: Dados coletados e consolidados pela autora

A grande maioria dos profissionais que atuam na gestão, ou seja, 77,78% é de mulheres, ocupando cargos estratégicos, com possibilidade de construir gestão com planejamento voltado para a qualidade e resolutividade. Porém em uma gestão centralizada, como vista durante a observação em campo realizada, e priorizando ligações partidárias de seus pares e não competências formativas à área que assume e ou se responsabiliza, fica um tanto difícil realizar ações assertivas. No gráfico cinco é evidenciado o tempo de atuação na saúde:

Gráfico 5 - Tempo de atuação no setor saúde



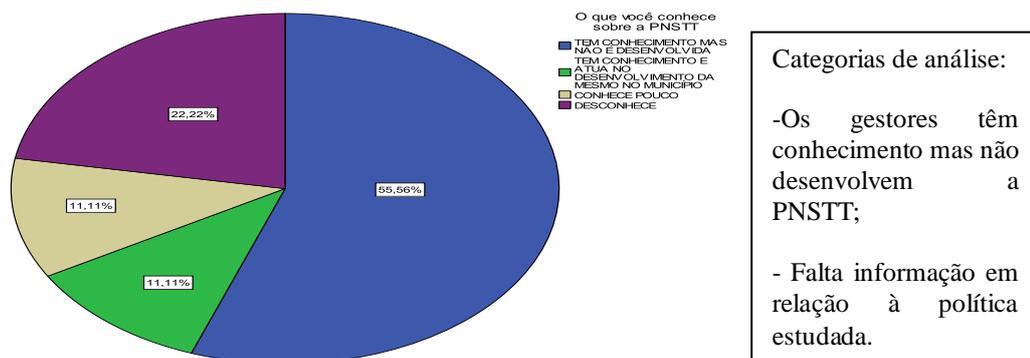
Fonte: Dados coletados e consolidados pela autora

Quanto ao tempo de atuação na política de saúde verificamos que a maioria dos entrevistados, 44,44%, está entre seis a dez anos atuando na saúde. A PNSSTT foi criada em 2012, então cabe pensar que pelo menos 66,66% esta há mais a mais de seis anos atuando no setor saúde, ou seja, de alguma forma conhece e ou auxilia no desenvolvimento da mesma. Tal aspecto poderia favorecer e auxiliar o desenvolvimento da política.

4.1.2 Do conhecimento e do desenvolvimento da PNSSTT

Foi considerado importante verificar se há um conhecimento da PNSSTT por parte dos gestores, para num segundo momento contrastar com os dados coletados relacionados às competências que o município deve desenvolver. Como podemos verificar no gráfico seis:

Gráfico 6 - Do conhecimento da PNSSTT



Fonte: Dados coletados e consolidados pela autora

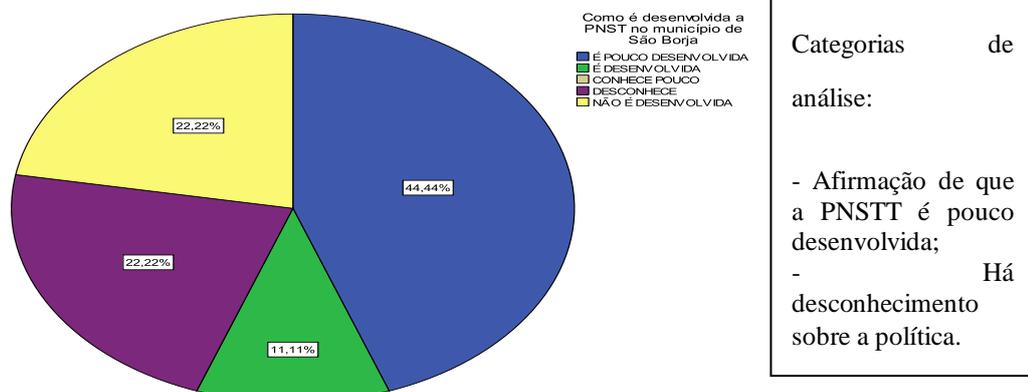
Nos resultados apresentados no gráfico acima verificamos que 55,56% dos gestores *têm conhecimento, mas a política não é desenvolvida* e 22% deles a desconhecem. Este resultado já nos antecipa que há a possibilidade desta política não existir no município. Isto se reflete nas respostas que os mesmos deram nos questionários, exemplo é a afirmação de que: “ *a PNSTT não é desenvolvida*”. Saravia, quando fala sobre políticas públicas evidencia etapas que constituem o processo da política pública , entre elas está a execução, descrita no texto abaixo:

5) A execução, que é o conjunto de ações destinado a atingir os objetivos estabelecidos pela política. É pôr em prática efetiva a política, é a sua realização. Essa etapa inclui o estudo dos obstáculos, que normalmente se opõem à transformação de enunciados em resultados, e especialmente, a análise da burocracia (SARAVIA, 2006, p.34).

Outros dados afirmam o que relatamos acima em relação à confusão e a incoerência quanto ao desenvolvimento da política no município, pois 11,11% dos gestores refere que *conhece pouco* e, 11,11% respondeu que atua no desenvolvimento, onde este atuar é descrito no questionário pelos pesquisados como: “*existem raras notificações de acidentes do trabalho*”; “*existem 14 ESFs, posto central e especialista referenciado para atender o trabalhador*”, porém na realidade são 15 unidades de ESFs. (grifo nosso)

Falta informação, certeza e, sobretudo, conhecimento quanto ao próprio sistema de saúde ao qual estão direcionados a gerenciar. A falta de conhecimento é certificado quando na aplicação do questionário a um dos gestores preenche o questionário no corredor, e ao responder cada questão dizia: “ *não sei, não conheço nada*”. Resultado este refletido no gráfico sete:

Gráfico 7 - Desenvolvimento da PNSTT



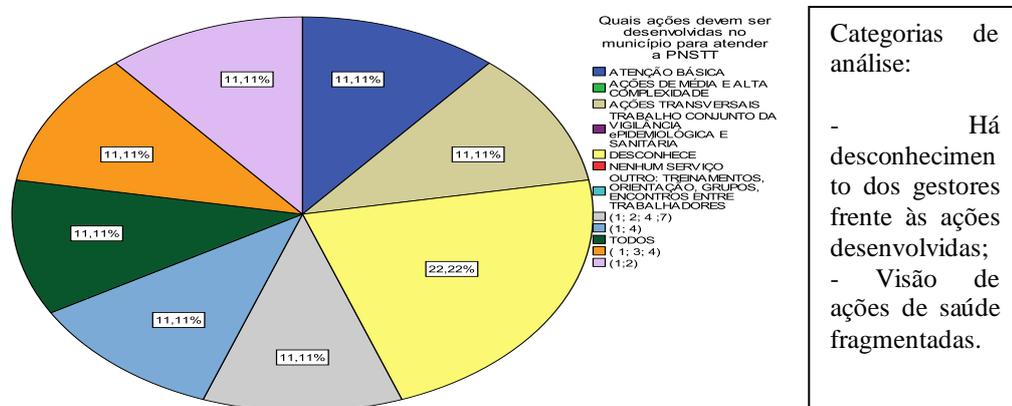
Fonte: Dados coletados e consolidados pela autora

A maioria dos gestores 44,44% refere que a política é *pouco desenvolvida*, ou seja, no entendimento destes há a saúde do trabalhador, porém pouco se realiza. Ao observar os demais resultados onde 22,22% respondem que *desconhecem* e 22,22% que *não é desenvolvida* a política no município, há um empate entre ser pouco desenvolvida e talvez não existir. O texto abaixo complementa tal resultado:

Tomamos como exemplo a política municipal no Brasil, vemo-nos defrontados com vários problemas peculiares. Primeiro, temos que levar em conta que o conhecimento científico no tocante ao quadro de referência, ou seja, no tocante à configuração dos arranjos institucionais e das características dos processos políticos municipais, é bastante limitado. Existem, de forma geral, relativamente poucos estudos científicos sobre a política municipal, o que vale tanto para as condições institucionais quanto para os processos políticos de decisão e de planejamento (FREY, 2000, p.243).

Esta realidade se confirma quando em alguns questionários surgem nas justificativas, afirmações como: “*falta interesse da gestão em desenvolver*”; em outro comentário: “*falta regulação*”. No gráfico oito verificamos o conhecimento frente as ações que devem ser desenvolvidas no município para atender o trabalhador:

Gráfico 8 - Ações desenvolvidas para atender a PNSTT



Fonte: Dados coletados e consolidados pela autora²⁷

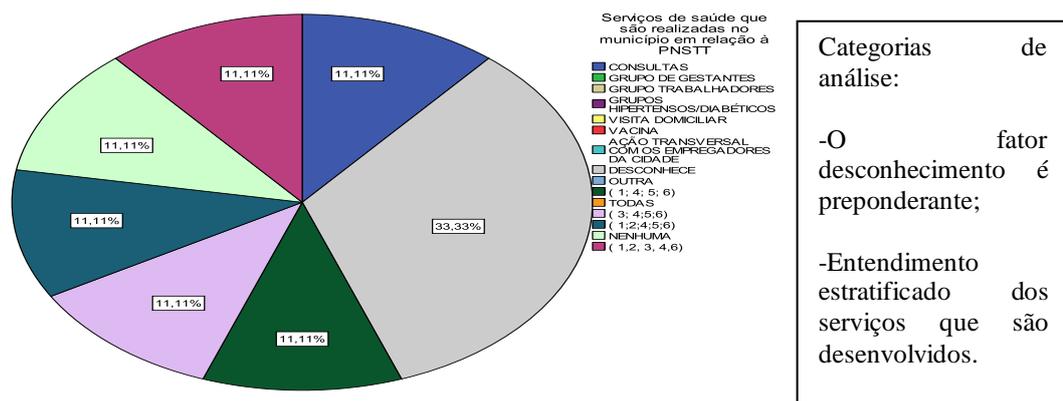
Quanto às ações que devem ser desenvolvidas no município ao trabalhador 22,22% dos gestores referem que *desconhecem*. Os demais resultados demonstram que cada gestor conhece uma parte do amplo acesso que é designado ao trabalhador como usuário do SUS

²⁷ Explicação da representação dos números nos resultados: a: 1,2,4,7- atenção básica, média e alta complexidade, vigilância epidemiológica e outros; b: 1,4- atenção básica e vigilância epidemiológica; c: 1,3,4- atenção básica, média e alta complexidade e ações transversais; d: 1,2- atenção básica e média e alta complexidade

enquanto política transversal com a PNSTT, pois: 11,11% refere que é somente a *atenção básica*, esta é a porta de entrada ao sistema de saúde; 11,11% somente *ação transversais*, um dos princípios da PNSTT, porém isolado ele não funciona; 11,11% refere que os serviços *são atenção básica e ações de média e alta complexidade*, abrangendo desta forma a hierarquização das ações e atuação em rede.

Os demais resultados²⁸ demonstram um conhecimento fragmentado das ações planejadas e ofertadas, fugindo da orientação da política que pede para a implementação a articulação de ações como as descritas no artigo sexto²⁹ desta. Neste resultado é percebida a falta de coerência e conhecimento por parte de quem gerencia recursos financeiros, humanos e estruturais. Esta falta de conhecimento ou alinhamento se confirma no gráfico nove:

Gráfico 9 - Serviços de saúde realizados no município



Fonte: Dados coletados e consolidados pela autora³⁰

²⁸ 11,11% dos gestores interpretam que as ações são atenção básica e vigilância epidemiológica; 11,11% refere que são atenção básica, ações transversais e vigilância epidemiológica e sanitária, de uma forma mais completa levando em consideração os princípios da PNSTT; outro gestor 11,11% refere que as ações são atenção básica, ações de média e alta complexidade, vigilância epidemiológica e sanitária e orientação, grupos, encontros entre trabalhadores (ações coletivas) e, 11,11% refere que são todas as ações que devem ser ofertados ao trabalhador.

²⁹ Art. 6º Para fins de implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, dever-se-á considerar a articulação entre: I - as ações individuais, de assistência e de recuperação dos agravos, com ações coletivas, de promoção, de prevenção, de vigilância dos ambientes, processos e atividades de trabalho, e de intervenção sobre os fatores determinantes da saúde dos trabalhadores; II - as ações de planejamento e avaliação com as práticas de saúde; e III - o conhecimento técnico e os saberes, experiências e subjetividade dos trabalhadores e destes com as respectivas práticas institucionais. Parágrafo único. A realização da articulação tratada neste artigo requer mudanças substanciais nos processos de trabalho em saúde, na organização da rede de atenção e na atuação multiprofissional e interdisciplinar, que contemplem a complexidade das relações trabalho-saúde (BRASIL,2012).

³⁰ Explicação: a: 1,4, 5, 6- consultas, grupos de hipertensos/diabéticos, visita domiciliar e vacina; b: 3,4, 5,6: grupo trabalhadores, grupos de hipertensos/diabéticos, visita domiciliar e vacina; c: 1,2,4, 5,6: consultas, grupos de gestantes, grupos de hipertensos/diabéticos, visita domiciliar e vacina; d: 1,2, 3, 4, 5: consultas, grupos de gestantes, grupos trabalhadores, grupos de hipertensos/diabéticos, visita domiciliar.

Quanto aos serviços realizados no município e que neste caso representam o desenvolvimento da atenção básica 33,33% dos gestores *desconhece* os serviços que deveriam ser realizados. Neste momento nos parece que o Plano Municipal de Saúde (2014-2017) não é levado em conta. Dentro destes resultados vimos à estratificação do conhecimento dos serviços: 11,11% respondeu que é somente *consultas*, 11,11% respondeu que é *consultas, grupos de hipertensos e diabéticos, visita domiciliar e vacina* (um pouco mais abrangente e completo quanto às ações).

Aqui os demais resultados também aparecem através do conhecimento dos serviços realizados à população de forma fragmentada e sem alinhamento se realmente tais serviços estão relacionados à PNSTT. Quanto ao desenvolvimento de ações educativas o texto abaixo nos diz:

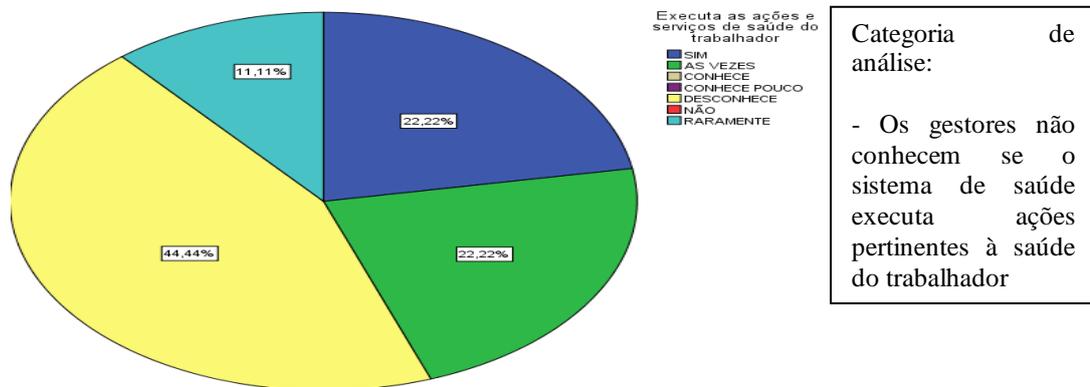
O desenvolvimento de ações educativas e de promoção da saúde integra, conceitualmente, o cotidiano das equipes da APS e são realizadas no domicílio, na UBS e em outros espaços comunitários. Para a Saúde do Trabalhador, essas ações têm o propósito de ampliar a compreensão sobre o papel do trabalho na produção do processo saúde-doença e esclarecer e identificar os fatores de risco para a saúde presentes no trabalho, as medidas de prevenção e controle, as obrigações dos empregadores e os direitos assegurados ao trabalhador pelas políticas públicas. Elas devem contribuir para o empoderamento dos trabalhadores na luta por melhores condições de vida e de trabalho (DIAS, SILVA, 2013, p 38).

Os resultados apresentados são reflexos do gráfico 8, pois, se os gestores não conhecem na íntegra, as ações e serviços planejados e pactuados, será difícil organizar a assistência à saúde voltadas principalmente as diversas realidades dos usuários, e neste caso, dos usuários trabalhadores.

4.1.3 Conhecimento pertinente às competências do município relacionadas à execução da PNSTT

Neste momento é iniciado um aprofundamento de gestão, verificando variáveis diretamente ligadas à implementação da PNSTT, como apresentado no gráfico dez:

Gráfico 10- Execução das ações e serviços de saúde do trabalhador



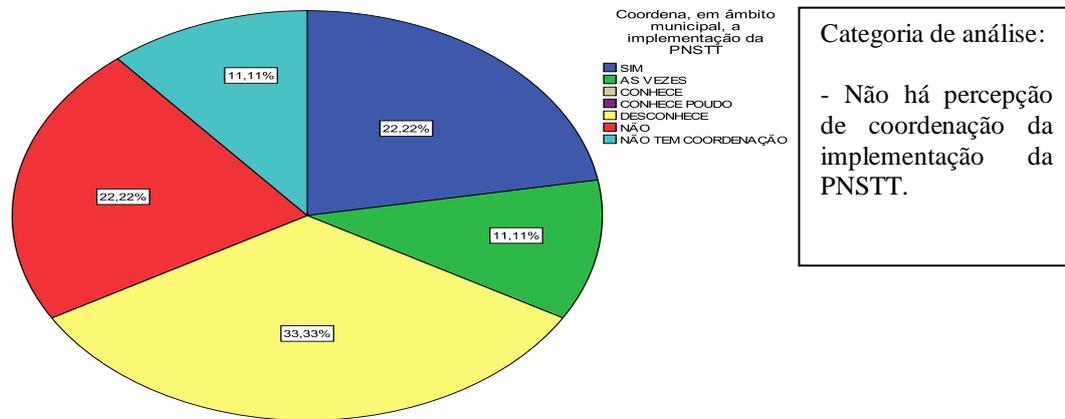
Fonte: Dados coletados e consolidados pela autora

Em relação às ações e serviços de saúde do trabalhador 44,44% dos gestores *desconhecem* se há execução de ações e serviços pertinentes a saúde do trabalhador no município, traduzindo o resultado dos gráficos anteriores (oito e nove), 22,22% responderam que *às vezes* as ações e serviços são executados, talvez pela ocorrência da notificação do acidente de trabalho citado (que em si é um procedimento resultado de uma ação de saúde), 22,22% responderam que *sim* que estas são executadas (talvez pela estrutura da atenção básica que atende de forma universal), e 11,11% respondeu que *raramente*, talvez este último resultado seja a realidade em que o trabalhador está inserido. O texto abaixo reproduz a realidade:

Com isso, o cenário que se forma é o da heterogeneidade, da fragmentação e da descontinuidade das ações. As ações de ST estão dependentes também da orientação da gestão. Se o gestor municipal não as vê como um foco importante da sua administração, acaba não designando um técnico para atuar no campo. Em consequência, se o município não designa uma pessoa ou constitui um setor específico para coordenar e efetivar tais ações, acaba favorecendo suas frequentes rupturas e a descontinuidade, como já indicado. Assim, é comum ouvir que antes se fazia determinadas atividades, mas houve interrupção, porque mudou o responsável pela ST no município ou mesmo as orientações dadas pelo Cerest (LOURENÇO, LACAZ, 2013, p. 48).

Quando a PNSTT é estudada verifica-se que nela está descrito a transversalidade desta política com o SUS e que isto permeia a atenção básica voltada ao trabalhador. Mas estas premissas necessitam de planejamento, capacitação, recursos financeiros e estruturais que se transformam em tecnologias a favor do usuário. O que transparece é que não há esta transformação. No gráfico 11, podemos verificar como acontece a implementação da política estudada:

Gráfico 11- Coordena a implementação da PNSTT



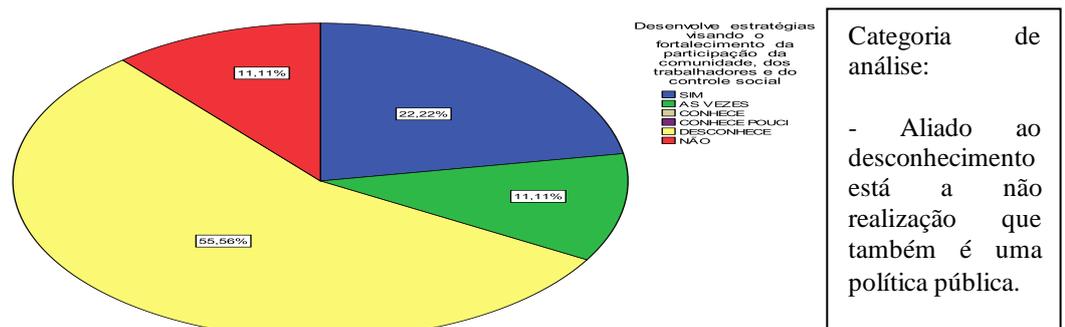
Fonte: Dados coletados e consolidados pela autora

Neste momento os resultados pertinentes a existência de coordenação da implementação da PNSTT verificou-se que 33,33% *desconhece* se há esta ação da gestão, 22,22% respondeu que *não*, 11,11% respondeu que *não tem coordenação*. No texto abaixo verificamos o seguinte:

A importância de estudar a fase da implementação está na possibilidade de visualizar, por meio de esquemas analíticos mais estruturados, os obstáculos e as falhas que costumam acometer essa fase do processo nas diversas áreas de política pública (saúde, educação, habitação, saneamento, políticas de gestão etc) (REZENDE, 2002, apud SECCHI, 2015, p.56).

Quanto às respostas afirmativas no que se refere à coordenação 22,22% responderam que *há coordenação*. Assim, verificamos que a própria gestão está confusa sobre o que realmente é efetuado no município. Verificamos no gráfico 12 a relação com estratégias:

Gráfico 12 - Estratégias para o fortalecimento da participação da comunidade



Fonte: Dados coletados e consolidados pela autora

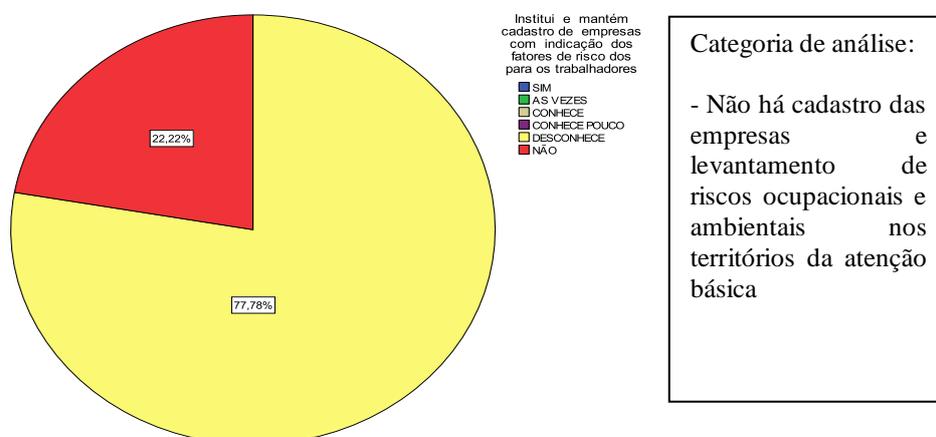
Os resultados demonstrados no gráfico revelam que a maioria dos gestores 55,56% *desconhece* se há ações para fortalecer a participação da comunidade e ou mesmo do trabalhador nos espaços sociais, principalmente como geradores de demandas de serviços de saúde próximos da sua realidade.

Se o resultado há pouco citado for somado aos que afirmam que *não há estratégias* teremos um total de 66,67%. Pode-se utilizar neste momento o seguinte texto: não fazer nada também é considerada uma política pública, é a escolha sobre uma das alternativas na tomada de decisão de implementar ou não tal política (RUAS, 1997). Principalmente aquela que dá direito ao cidadão de se expressar ou ser representado. Souza citando Lindblon, ao se referir ao incrementalismo, afirma que:

Baseados em pesquisas empíricas, os autores argumentaram que os recursos governamentais para um programa, órgão ou uma dada política pública não partem do zero e sim, de decisões marginais e incrementais que desconsideram mudanças políticas ou mudanças substantivas nos programas públicos (SOUZA, 2006, p. 29).

Neste momento é possível aproximar a realidade descrita ao modelo do incrementalismo (Dye, 2006), pois, se ao usuário da saúde talvez não seja incentivado a participação social por parte do gestor, não terá mudança quanto ao incentivo ou direcionamento de formação para o trabalhador usuário ou para a comunidade. No gráfico 13 é apresentado aspectos relacionados às empresas do município:

Gráfico 13 - Institui cadastro de empresas com indicação de risco para os trabalhadores



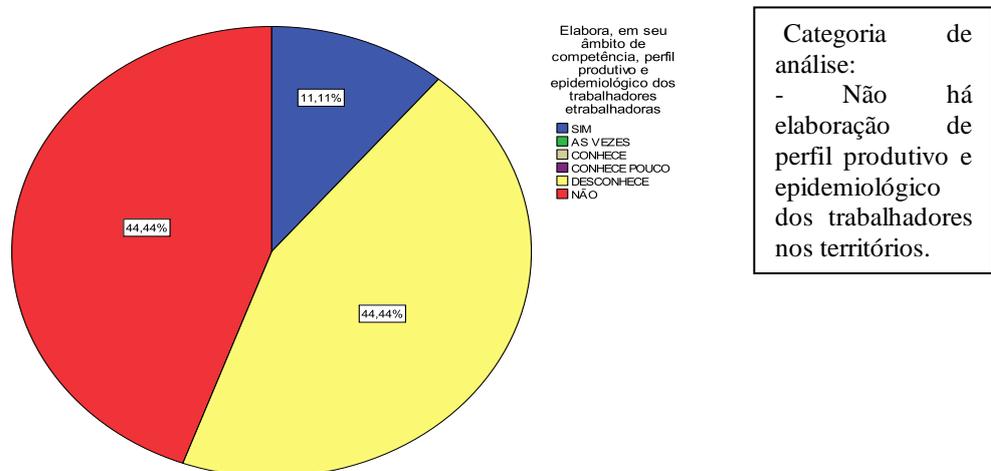
Fonte: Dados coletados e consolidados pela autora

No resultado demonstrado 77,76% dos gestores *desconhecem* se há cadastro de empresas nos territórios e possivelmente do levantamento de riscos das mesmas. Enfatizando que: “[...]reconhecer a presença de perigos e de riscos para a saúde e o ambiente, para antecipar e prevenir os danos e mudar os processos de trabalho geradores de doença e morte evitáveis” (CEREST, 2010, p.49) O texto abaixo complementa:

A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) (BRASIL, 2012) reconhece que essas categorias são indissociáveis, o que significa que a saúde dos trabalhadores e da população geral está intrinsecamente relacionada às formas de produção e consumo e de exploração dos bens naturais e aos seus impactos no ambiente, nele compreendido o do trabalho (PONTES, RIGOTTO, 2014, p.162).

Importante o registro e levantamento das empresas ou atividades ocupacionais que são realizadas nos territórios da Atenção Básica, possibilitando atuar nas mudanças dos processos produtivos que prejudicam o trabalhador e, possivelmente, a comunidade que está no em torno destas empresas. No gráfico 14 é demonstrado os resultados sobre o perfil produtivo:

Gráfico 14: Perfil produtivo dos trabalhadores



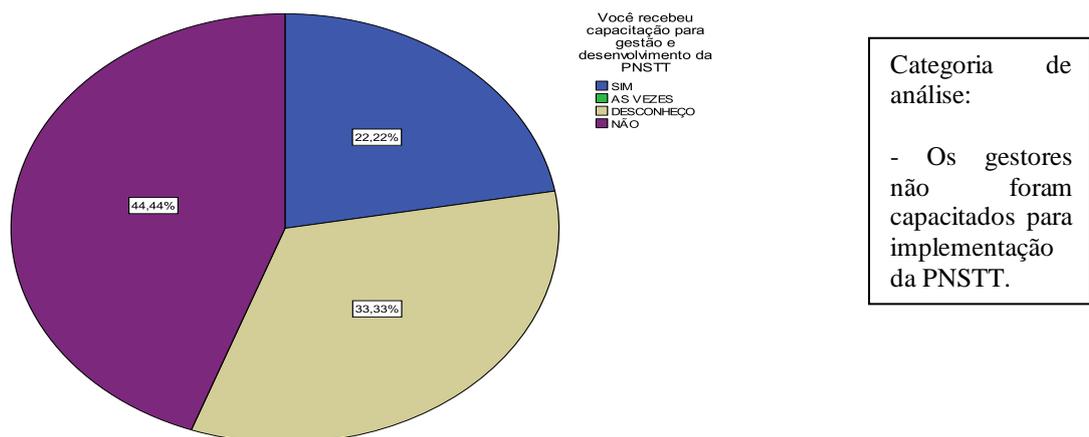
Fonte: Dados coletados e consolidados pela autora

Neste momento é possível afirmar que não há elaboração de perfil produtivo e epidemiológico do trabalhador e da trabalhadora no município e consecutivamente nas áreas da atenção básica (ESFs) pois, 44,44% dos gestores responderam que *não* e, 44,44% dos gestores responderam que *desconhecem*. Na PNSTT a análise do perfil produtivo está dentro das estratégias de implementação da mesma, onde é possível citar alguns aspectos que a própria portaria abrange como:

a) Identificação das atividades produtivas e do perfil da população trabalhadora no território em conjunto com a atenção primária em saúde e os setores da Vigilância em Saúde; b) implementação da rede de informações em saúde do trabalhador; c) definição de elenco de indicadores prioritários para análise e monitoramento; d) definição do elenco de agravos relacionados ao trabalho de notificação compulsória e de investigação obrigatória e inclusão no elenco de prioridades, nas três esferas de gestão do SUS; e) revisão periódica da lista de doenças relacionadas ao trabalho; f) realização de estudos e análises que identifiquem e possibilitem a compreensão dos problemas de saúde dos trabalhadores e o comportamento dos principais indicadores de saúde[...] (BRASIL, 2012, art.9, II).

O perfil produtivo serve para levantamento dos riscos a qual o trabalhador (a) está exposto no meio ambiente do trabalho, gerando a possibilidade de doenças e acidentes que este pode sofrer ou mesmo de planejamento de ações que visem a proteção destas ocorrências. O gráfico 15 traz mais informações:

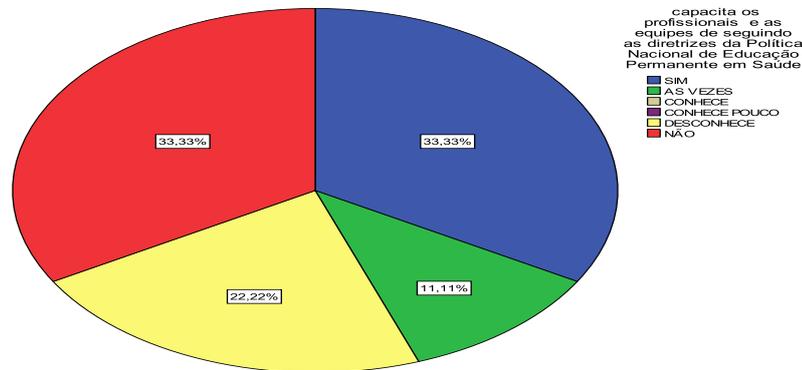
Gráfico 15 - Capacitação dos gestores para desenvolvimento da PNSTT



Fonte: Dados coletados e consolidados pela autora

Os resultados apresentados acima demonstram que os gestores *não* foram capacitados com 44,44% das respostas, assim como 33,33% *desconhecem* alguma forma de capacitação sobre o desenvolvimento da PNSTT. Este resultado reflete na efetividade de atenção à saúde dos trabalhadores usuários, pois se na gestão tal aspecto não acontece como chegará a quem tem que ser preparado, o profissional da saúde, ou mesmo na previsão de recursos humanos, estruturais e financeiros para atender o trabalhador. Tal argumento é reforçado através dos resultados do gráfico 16:

Gráfico 16 - Promove capacitação aos profissionais da saúde



Categoria de análise:

- Os gestores em sua maioria afirmam que os profissionais não são capacitados.

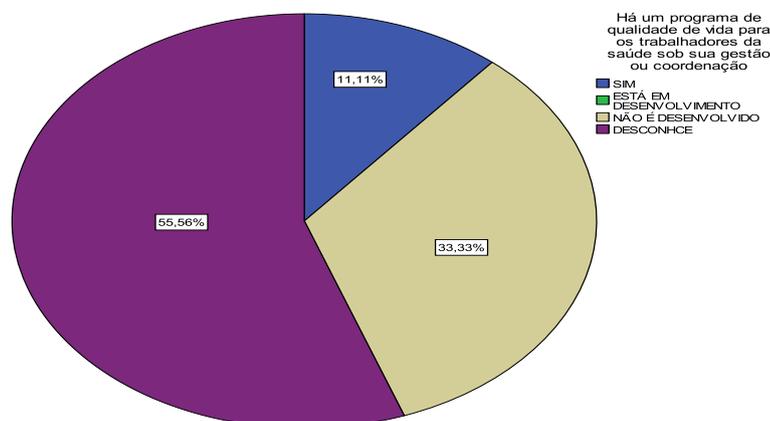
Fonte: Dados coletados e consolidados pela autora

Os gestores não promovem capacitação pertinente à saúde do trabalhador aos profissionais das equipes de saúde do município, pois, 33,33% dos gestores responderam que *não* há capacitação e 22,22% desconhecem se há tal ação. O texto abaixo acrescenta que:

É preciso que os técnicos responsáveis pela ST nos municípios tenham uma preparação específica para atuar neste campo, pois, além das necessidades relativas ao conhecimento técnico para reconhecer os perigos e as condições e os processos de trabalho que podem agredir a saúde, ainda existem as dificuldades criadas para ocultar a realidade (LOURENÇO; LACAZ, 2013, p. 52).

Por outro lado, 33,33% responderam que *sim* há capacitação e 11,11% que *às vezes*, tais resultados geram dúvidas, pois a capacitação aqui entendida pode ser a visão de forma generalista, ou seja, qualquer capacitação serve. Vejamos o gráfico 17:

Gráfico 17 - Programa de qualidade de vida



Categoria de análise:

- A gestão da saúde municipal não desenvolve programa de qualidade de vida para quem deve fazer saúde: os trabalhadores da saúde

Fonte: Dados coletados e consolidados pela autora

No gráfico acima é verificado que 55,56% dos gestores *desconhecem* se há programa de qualidade de vida, 33,33% dos gestores responderam que *não* há desenvolvimento de tal programa. A variável: *está em desenvolvimento*, não aparece com respostas, nem mesmo planejada.

Estes dados refletem as situações observadas dentro das unidades de saúde, profissionais estressados, discutindo com usuários, profissionais chorando e falando sobre a pressão no trabalho que estavam passando, principalmente no momento que estavam vivendo, o contexto de campanha eleitoral.

Fica um questionamento: como que os implementadores das políticas de saúde (profissionais da saúde) irão desenvolver ações que gerem qualidade de vida nas pessoas se estes não as recebem de seus gestores?

A seguir, aspectos pesquisados nas questões aplicadas que dizem respeito à implementação e gestão da política estudada no município, e que está diretamente ligada à competência do município. Tais competências foram alocadas em um quadro, e seus gráficos, respectivos, estão no Apêndice C:

Quadro 15- Competências da PNSTT para desenvolvimento

Variável	Sim	Às vezes	Conhece	Conhece pouco	Desconhece	Não
Planeja estratégico	11,11%				55,56%	33,33%
Negocia instâncias municipais	44,44%				55,56%	
Pactua e aloca recursos	33,33%				55,56%	11,11%
Define fluxos de referência e contra-referência	44,44%	11,11%			44,44%	
Articula regionalmente	44,44%	22,22%			33,33%	
Regula as ações e a prestação de serviços	33,33%	11,11%			33,33%	22,22%
Implementa notificação compulsória	66,67%				22,22%	11,11%
Capacita em parceria SES e CEREST	33,33%	22,22%			44,44%	

Capacita equipes ou profissionais para diagnóstico de agravos	44,44%	11,11%			44,44 %	
Possui parcerias para formação e capacitação da comunidades, dos trabalhadores e do controle social	22,22%				66,67%	11,11%
Promove a intersetorialidade	22,22%				66,67%	11,11%
Alimenta os sistemas de informação	33,33%	11,11%		11,11%	44,44%	

Fonte: dados coletados pela autora

Dando continuidade na análise dos dados consolidados é verificado que a primeira variável alocada é o planejamento estratégico, onde 55,56% dos gestores *desconhecem* e 33,33% responderam que *não* é realizado, dentro da PNSTT o planejamento estratégico está ligado ao desenvolvimento do Plano Municipal de Saúde (PMS) e da Programação Anual da Saúde.

Verifica-se que os próprios gestores desconhecem o significado do PMS e contribuições que este pode trazer para a saúde do trabalhador. O PMS de São Borja que respalda esta pesquisa, abrange o período de 2014 a 2017. Dentro deste, a saúde do trabalhador encontra-se no objetivo 5, ou seja, implantar Redes Temáticas e Linhas de Cuidado, especificamente no capítulo VII que diz: Atenção à saúde, que apresentava como diretriz: “Fortalecimento, ampliação e qualificação da rede de atenção a saúde de São Borja [...]” (2014, p. 97). Direcionando as ações transversais: “As ações transversais buscam romper com as fronteiras entre os saberes e práticas das políticas constituídas. Tem como desafio a dialógica entre conhecimentos para a criação de práticas comuns intra e intergrupos no campo da saúde coletiva [...]” (2014, p. 117).³¹ Vejamos no texto a seguir:

³¹ Esta linha tem por objetivo garantir a atenção integral à saúde do Trabalhador, visando a promoção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e vigilância em saúde do trabalhador para a conquista de um ambiente saudável no trabalho. A prioridade das ações esta voltada para promoção do acesso aos serviços de base territorial, fortalecendo vínculos entre o usuário trabalhador e o trabalhador da saúde. Tem como perspectiva o fortalecimento da Atenção Básica, integrando saúde da mulher, saúde do homem, saúde mental e ações com a Vigilância em Saúde (RENAST-RS) e, sempre que necessário, a atenção secundária e terciária. Metas 2014-2017: Implementar a Linha de Cuidado da Atenção Integral a Saúde do Trabalhador através do NUMESC. Realizar ações de educação permanente em saúde do trabalhador no município, Realizar 100% das investigações

O Planejamento é competência do município que deve prover recursos através de dados de produção e perfil epidemiológico deste, chegando o mais próximo das necessidades da população. Desta forma: “O planejamento estratégico é o processo que determina como a organização pode chegar onde deseja e o que fará para executar seus objetivos [...]” (SERTEK, GUINDANI, MARTINS, 2007, p.43).

Outro aspecto de análise é a realização de negociações em instâncias municipais relacionadas à programação das ações e serviços para o trabalhador dentro do PMS: 44,44% dos gestores responderam que *sim*, que há esta ação, e 55,56% responderam que *desconhecem*. Talvez estes resultados sejam reflexos da rotatividade dos gestores, fazendo com que alguns destes, ou a maioria, não tenham participado do planejamento, ou sequer entendam porque devem acontecer negociações em instâncias municipais como o Conselho Municipal de Saúde, que é o órgão deliberativo da saúde.

Quanto às competências de pactuar e alocar recursos específicos para a saúde do trabalhador, 33,33% dos gestores responderam que *sim*, que acontece, mas 55,56% *desconhecem* estas ações e 11,11% responderam que *não* existe.

Em conversa com a responsável pela saúde do trabalhador no município esta refere que: “há dificuldade de implantar o sistema de Vigilância à Saúde do Trabalhador (VISAT), inclusive quando vem recurso para quatro vigilâncias amparadas pelo SUS, não há direcionamento a esta vigilância específica, pois o entendimento é que deve ser para Vigilância epidemiológica e Sanitária. A saúde do trabalhador não é implantada, pois o pensamento é que a vigilância ambiental e sanitária é a mesma coisa. Recebe auxílio da Vigilância epidemiológica para realizar notificações [...]” (grifo nosso)

Ao buscar no portal da transparência do governo, os recursos repassados ao município de São Borja confirma-se a afirmação acima:

Tabela 1: Valores repassados do Governo Federal para o município de São Borja em 2017

Função	Ação Governamental	Valores
São Borja	Total	R\$ 65.313.124,73
Saúde	Apoio à manutenção de unidades de saúde	R\$ 210.0000,00
Saúde	Atenção à saúde da população para procedimentos em Média e Alta complexidade (MAC)	R\$ 15.422.327,34
Saúde	Custeio do Serviço Móvel de Urgência – SAMU	R\$ 619.500,00

dos óbitos relacionados ao trabalho, fortalecendo a vigilância dos ambientes e processos de trabalho. Indicadores de Monitoramento Proporção casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho notificados (PMS, 2014, p. 122).

Saúde	Incentivo Financeiro para Vigilância em Saúde ³²	R\$ 225.610,024
Saúde	Incentivo Financeiro para as ações de Vigilância Sanitária	R\$ 27.690,000
Saúde	Piso de Atenção Básica Fixo	R\$ 1.590.914,04
Saúde	Piso de Atenção Básica Variável	4.102.350,00
Saúde	Vigilância Sanitária: produtos, serviços e ambiente	7.649,07
Total ³³		24.096.040,47

Fonte: Portal Transparência Governo Federal: <http://www.portaltransparencia.gov.br/PortalTransparenciaListaCidades.asp?Exercicio=2017&SelecaoUF=1&SiglaUF=RS&Pagina=26>

Neste momento percebemos que mesmo não sendo alocados na tabela todos os recursos repassados à saúde, os valores acima representam aproximadamente um terço do recurso total que veio ao município no ano de 2017. No entendimento não há transferência direta para a saúde do trabalhador, mas há um percentual pequeno de R\$ 225.610,024 para as ações de Vigilância em Saúde. Afirmando assim a citação acima da profissional responsável pela saúde do trabalhador no município. Lembrando que, dentro das ações escolhidas e seus respectivos valores todos possuem alguma relação com a saúde do trabalhador. Abaixo complementamos dizendo que:

A implementação, constituída pelo planejamento e organização do aparelho administrativo e dos recursos humanos, financeiros, materiais e tecnológicos necessários para executar uma política. Trata-se da preparação para pôr em prática a política pública, a elaboração de todos os planos, programas e projetos que permitirão executá-la (SARAVIA, 2006, 34).

Definir fluxos de referência e contra- referência à saúde do trabalhador significa organizar a rede de atendimento tanto local quanto regional e para isto vê-se que 44,44% dos gestores consideram que *sim*, há este fluxo no município, 11,11% respondeu que *às vezes*, o que pressupõe não ser contínuo e 44,44% dos gestores responderam que *desconhecem*. Porém, na política estudada um dos objetivos é:

III - garantir a integralidade na atenção à saúde do trabalhador, que pressupõe a inserção de ações de saúde do trabalhador em todas as instâncias e pontos da Rede de Atenção à Saúde do SUS, mediante articulação e construção conjunta de protocolos, linhas de cuidado e matriciamento da saúde do trabalhador na assistência e nas estratégias e dispositivos de organização e fluxos da rede (BRASIL, 2012, art.8).

³² Vigilância em saúde compreende quatro setores: vigilância sanitária, epidemiológica, de saúde do trabalhador e meio ambiente.

³³ Foi considerado para estes valores somente ações relacionadas à saúde do trabalhador, algumas ações ficaram fora da contabilização.

Para garantir fluxos o gestor precisa articular-se com a região de saúde, como abordado no capítulo dois que trata do contexto local, foi descrito como funciona esta rede, e quando há necessidade de referência do trabalhador, ou mesmo, do usuário para um serviço que não está disponível no município entra em ação a regulação que busca vagas de atendimento na região de saúde e a nível da macro região. Os dados nos mostram que 44,44% dos gestores afirmam que *sim*, acontece esta articulação, 22,22% refere que acontece às vezes e, 33,33% *desconhece*. Cabe indagar o seguinte, pode o gestor não conhecer a organização dos serviços que ele é o responsável por planejar?

Cumpra destacar que deve haver organização dos serviços públicos de saúde para atendimento de demandas geradas pelo trabalhador, que é usuário destes serviços. Isto para desenvolver ações de promoção, proteção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde do trabalhador, ações respaldadas em lei que normatiza a rede e o conjunto de ações e estabelecimentos de saúde- SUS (Sistema Único de Saúde). Para tanto:

A organização do SUS em nosso país está assentada em três pilares: *rede (integração dos serviços interfederativos)*, *regionalização (região de saúde)* e *hierarquização (níveis de complexidade dos serviços)*. Estes são os pilares que sustentam o modelo de atenção à saúde, conforme dispõem o art. 198 da CF. A Constituição ao estatuir que o SUS é um sistema *integrado*, organizado em *rede regionalizada e hierarquizada*, definiu o modelo de atenção à saúde e a sua forma organizativa (SANTOS, 2011, s/p.).

Quando abordado a regulação das ações e prestação de serviço através do controle de produção, de qualidade, de resolutividade e de governança sobre o que é planejado e que deve ser desenvolvido 33,33% dos gestores responderam que *sim*, 33,33% responderam que *desconhecem* este processo e 22,22% que *não* acontece. Práticas de gestão requerem regulação para possibilidade de planejamento e melhoria dos serviços. Nesta regulação também estão incluídos os indicadores de saúde que espelham as condições de saúde do trabalhador e o reflexo da qualidade dos serviços, ao que diz respeito à competência de implementar a notificação compulsória 66,67% dos gestores responderam que *sim*, acontece e, 22,22% ,que *desconhecem*. Talvez este seja o serviço mais reconhecido da saúde do trabalhador, ou seja, gerar números de agravos, atuar de forma curativa, sem estabelecer prevenção.

As competências direcionadas as parcerias com a Secretaria de Saúde do Estado e a CEREST, assim como capacitações das equipes para diagnóstico de agravos geram dúvidas se realmente acontecem, em função da proximidade de resultados entre a resposta positiva e o desconhecimento desta ação: 33,33% dos gestores refere que capacita em parceria, e 44,44%

desconhece. Quanto à capacitação para reconhecimento de agravos, 44,44% dos gestores responderam que *sim*, e 44,44% que *desconhece*. Em conversa com responsável pelas do CEREST/ Ijuí, no período inicial deste estudo, a qual realizava capacitação aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) refere que: “*está difícil de haver um desenvolvimento no município em relação à saúde do trabalhador, mesmo com estrutura física e pessoal, o que dificulta são questões políticas*”.

Quanto à competência para formação e capacitação da comunidade e trabalhadores para a participação social 66,67% dos gestores *desconhecem* e 11,11% referem que *não é realizado*. Na política estudada encontramos elementos informativos que dizem o seguinte:

17-Estímulo à participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social:- O fortalecimento e a ampliação da participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social, na formulação, no planejamento, na gestão e no desenvolvimento das políticas e das ações em saúde do trabalhador, devem considerar as configurações do mundo do trabalho, as mudanças nos processos produtivos e na estrutura sindical, e o crescimento das relações informais e precárias de trabalho (BRASIL, 2012).

A promoção da intersectorialidade na saúde do trabalhador é desconhecida pelos gestores, ou seja, 66,67% *desconhecem* esta competência e 11,11% responderam que *não é realizada*. A PNSTT traz esta competência também como elemento informativo em seu texto: “Sua prática possibilita o estabelecimento de estratégias de planejamento conjunto e articulado entre as políticas públicas, de modo a garantir a transversalidade das questões de saúde do trabalhador, de forma complementar, cooperativa e solidária” (BRASIL, 2012, ELEMENTO INFORMATIVO 16).

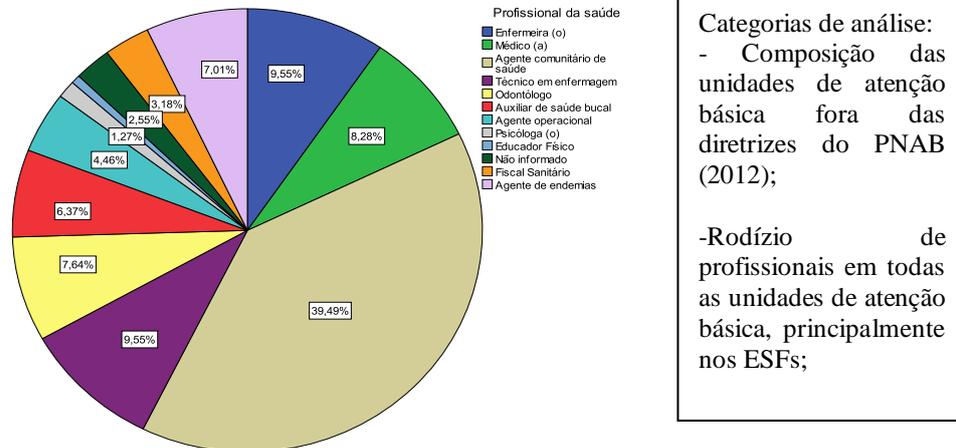
Outra competência é gerar resultados através dos sistemas de informação, ou seja, dados sobre números de atendimentos, motivos, referências, notificações, atenção básica entre outros. Porém, nos resultados obtidos quanto a esta competência 44,44% dos gestores responderam que *não são realizados*, 33,33% referem que *sim* e 11,11% *desconhece*. Esta competência é relevante porque instrumentaliza o gestor no seu planejamento.

4.2. Conhecimento do profissional da saúde inserido na atenção básica acerca das competências do município dentro da PNSTT

4.2.1 Do perfil dos profissionais da saúde

No gráfico 18 foi elencado o perfil do profissional da saúde que atuava na atenção básica no momento da pesquisa, participaram da pesquisa 157 profissionais:

Gráfico 18: Número de profissionais de saúde da atenção básica



Fonte: Dados coletados e consolidados pela autora

É observado no gráfico acima a quantidade de profissionais que atuavam na atenção básica do município, e um dado expressivo é a presença do Agente Comunitário de Saúde (ACS) 39,49%, que permeia todas as unidades, em todos os territórios estudados.

Quando buscamos a configuração das bases teóricas para a organização das unidades de saúde é a Política Nacional da Atenção Básica PNAB (2012)³⁴ que direciona toda a organização, a composição de equipes e as atribuições de cada equipe. Atribuindo ao ACS atividades como visita domiciliar, ou seja, é este profissional que irá criar o vínculo entre equipe multiprofissional da unidade de saúde em devido território e o usuário que habita o território sob a responsabilidade da equipe da atenção básica.

Este vínculo, ou seja, a aproximação quando bem planejada, estruturada e fundamentada nos objetivos da promoção, proteção e prevenção, modifica o processo saúde e doença de todos os indivíduos que pertencem a este território. Principalmente munido de conhecimento sobre saúde e possibilitando a modificação de hábitos nesta área. Vejamos a importância do ACS como implementador da política pública no texto abaixo:

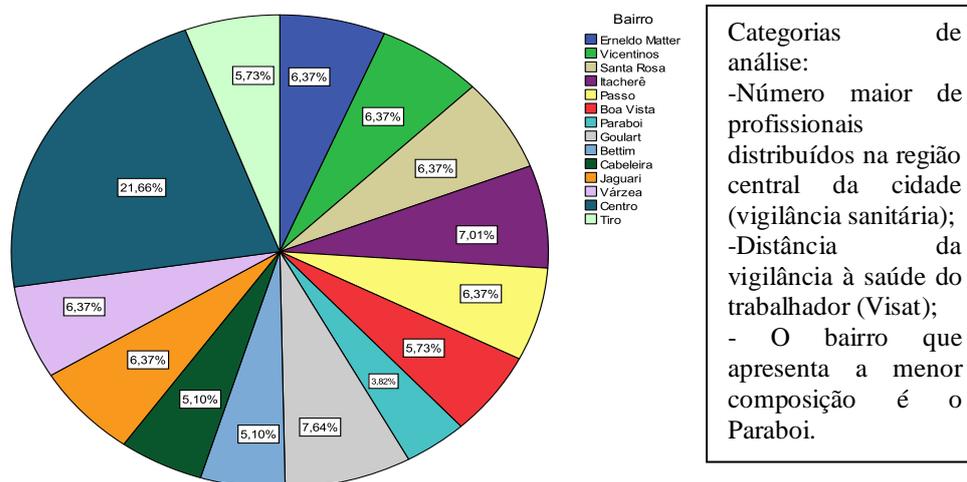
[...] Inseridos no Programa de Saúde da Família, estes agentes são burocratas implementadores (nível de rua), responsáveis por colocar em prática, nos domicílios dos usuários, as ações da atenção à saúde. Apesar de serem burocratas implementadores, estes agentes têm a particularidade, na medida em que são

³⁴ Será utilizado como referência o PNAB 2012, era a política em vigor quando foi aplicado o questionário e realizado a observação simples, a nova atualização foi em outubro de 2017.

Nos resultados observados percebemos que o maior número de profissionais, 13,38%, está alocado na vigilância da saúde, fiscais sanitários e agentes de endemia, no centro do município. Já nas unidades de ESFs há uma variação entre 7,64% no ESF 15 que está situado no bairro do Tiro (centro).

Os demais resultados com uma média de 7,01% a 3,82 % ficam distribuídos nos ESFs que abrangem territórios fora da área central, nos bairros da cidade. Os dados de menor resultados são os serviços de apoio à atenção básica, como o da central de vacinas que possui quatro profissionais e todos responderam ao questionário, já o NASF 1 e 2 que possuem sete profissionais de saúde, somente dois aceitaram responder ao questionário. No gráfico 20 podemos verificar a distribuição dos profissionais por bairro:

Gráfico 20 - Distribuição dos profissionais nos bairros



Fonte: Dados coletados e consolidados pela autora

Verificamos que o maior número de profissionais está na região central do município e não atua com atendimento direto ao usuário, pois está alocado na Vigilância Sanitária, no combate a endemias e na fiscalização de sanitária das empresas. Este não desenvolve vínculo com o usuário e não se classifica como porta de entrada ao sistema de saúde.

A Vigilância Sanitária possui sua importância fundamentada na vigilância da saúde, constituindo um dos componentes deste, porém ao realizar aplicação do questionário muitos dos profissionais que ali trabalhavam ressaltaram a importância do tema em questão, pois não havia direcionamento do trabalho destes à saúde do trabalhador.

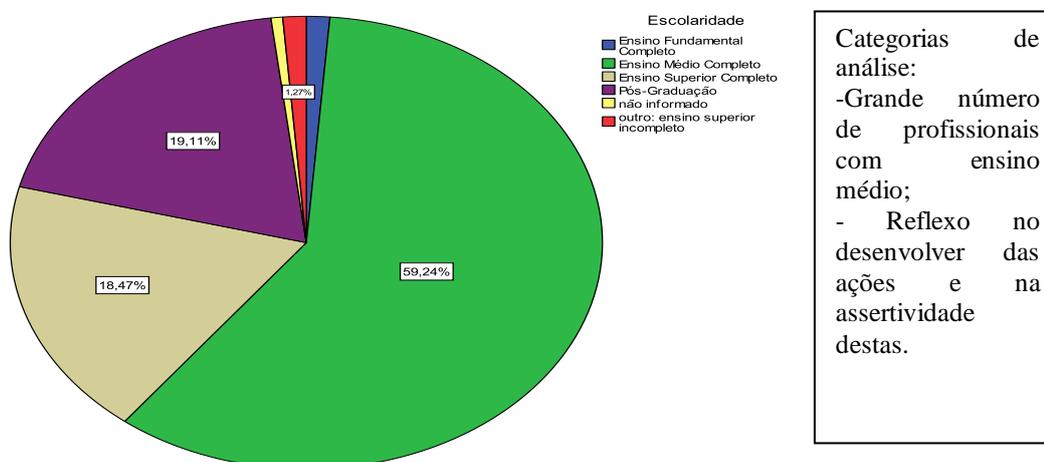
formação técnica e o desenvolvimento e assertividade nas ações e serviços de saúde. Observamos, além disso, uma diversidade de formações, como por exemplo, de um técnico em contabilidade e de um bacharel em administração, que são áreas distantes das exigidas para desenvolver a atenção básica.

Partindo disto, é verificado que as formações específicas para atuar aparecem com destaque, porém mesmo somando os valores entre, médico, enfermeiro, odontólogo e técnico em enfermagem o resultado chega 26,85 %, ou seja, nem perto do resultado maior apontado no gráfico que é o “não informado” com 50,32%. Como registrado há pouco, durante a atividade de observação do campo de estudo, a substituição dos profissionais se tornou evidente em períodos muito curtos, principalmente devido ao momento que era de campanha eleitoral. Há a possibilidade dos cargos neste setor serem destinados a parceiros políticos e simpatizantes para se conseguir votos, fato que pode ser caracterizado como clientelismo.

Segundo Nunes (2003), o clientelismo se caracteriza pelos benefícios que pessoas ou instituições que apoiam certo partido ou partidos políticos recebem, chegando a igualar a troca de favores, dos quais podem ser cargos específicos até homenagens específicas.

Há casos observados que poderia ser considerado como insulamento burocrático onde as estruturas e órgãos do serviço de saúde são permeados por parceiros políticos, sem domínio de área técnica específica resultando na redução da assertividade e eficiência daquele órgão ou serviço. Diminuindo também as possibilidades de priorização de demandas sociais. No gráfico 22 verificamos o perfil relacionado à escolaridade dos profissionais da saúde e que possui ligação direta com os dados analisados do gráfico anterior:

Gráfico 22 - Escolaridade dos profissionais da saúde

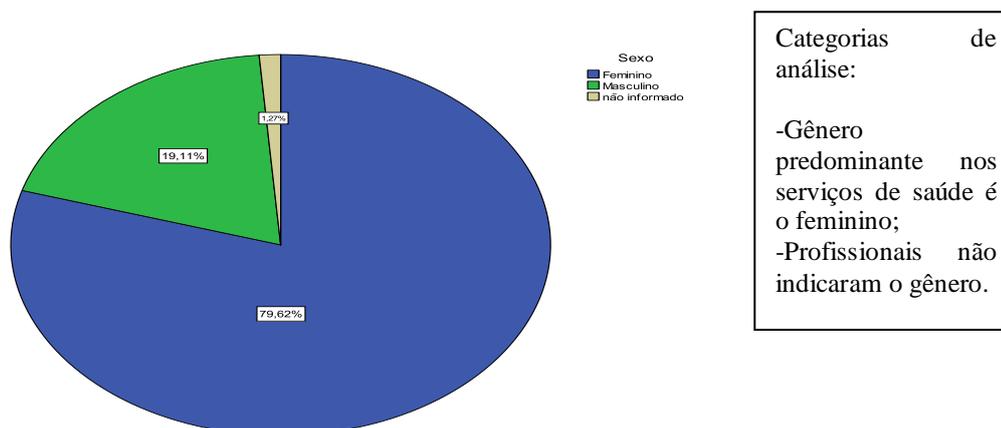


Fonte: Dados coletados e consolidados pela autora

Percebemos que mais da metade da população dos profissionais de saúde, ou seja, 59,24 % que atua na atenção básica, possui ensino médio completo, isto se deve ao número de ACS que estão nas unidades de saúde e que perfazem a linha de frente no contato com as famílias, e claro, com o trabalhador.

Consideramos importante uma formação direcionada à área da saúde para reflexo desta nos resultados do processo saúde – doença da população de cada território principalmente na PNSTT, gerar resolutividade e de melhores índices de assertividade já na porta de entrada. No gráfico 23 evidenciamos a questão do gênero presente nos serviços de saúde:

Gráfico 23- Sexo dos profissionais da saúde

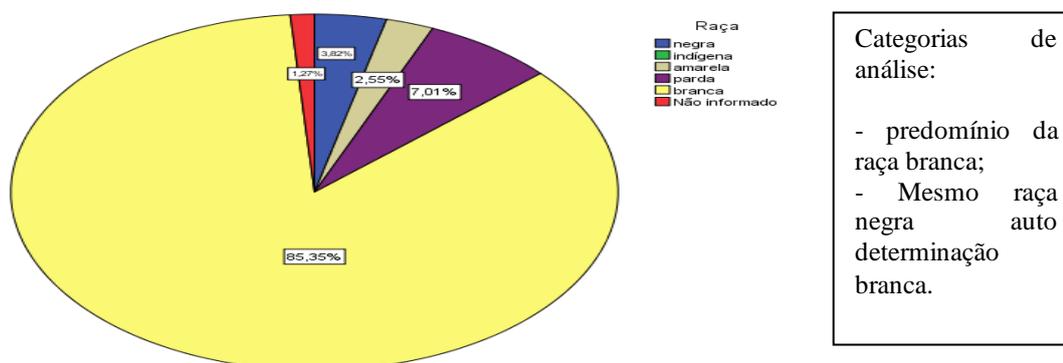


Fonte: Dados coletados e consolidados pela autora

Os resultados acima refletem a posição da mulher e a preponderância do sexo feminino nos serviços de saúde com 79,62% atuando em atividade formal, representando um avanço e a conquista de espaço pela mulher. Este resultado também foi perceptível no público alvo dos gestores onde 77,78% dos gestores eram mulheres. Alguns profissionais não informaram o sexo. No gráfico 24 é apresentado à raça³⁵:

³⁵ Cor ou Raça - característica declarada pelas pessoas de acordo com as seguintes opções: branca, preta, amarela, parda ou indígena (IBGE).

Gráfico 24 – Raça dos profissionais da saúde



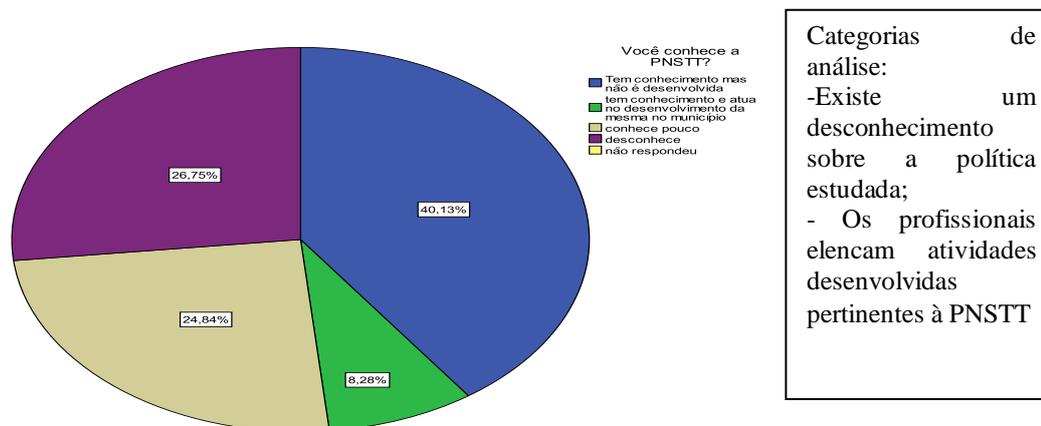
Fonte: Dados coletados e consolidados pela autora

Nos dados apresentados verificamos que 85,35% dos profissionais que aceitaram responder ao questionário se autodeterminam de raça branca, porém na prática e na realidade em que foi aplicado tal instrumento, verificou-se muitos profissionais com cor negra se consideraram de cor branca, inclusive seguindo a determinação da carteira de identidade. Em segundo lugar com 7,01% aparece a raça parda, e em terceiro lugar, aparece a negra com 3,82%.

4.2.2 Do conhecimento e do desenvolvimento da PNSTT

Neste momento nos aproximamos da fase da implementação da política em questão, verificar junto aos profissionais se há desenvolvimento e conhecimento deste burocrata de rua que está próximo à realidade do trabalhador usuário da atenção básica do município. No gráfico 25 verificamos o conhecimento dos profissionais relacionado à PNSTT:

Gráfico 25 - Do conhecimento da PNSTT



Fonte: Dados coletados e consolidados pela autora

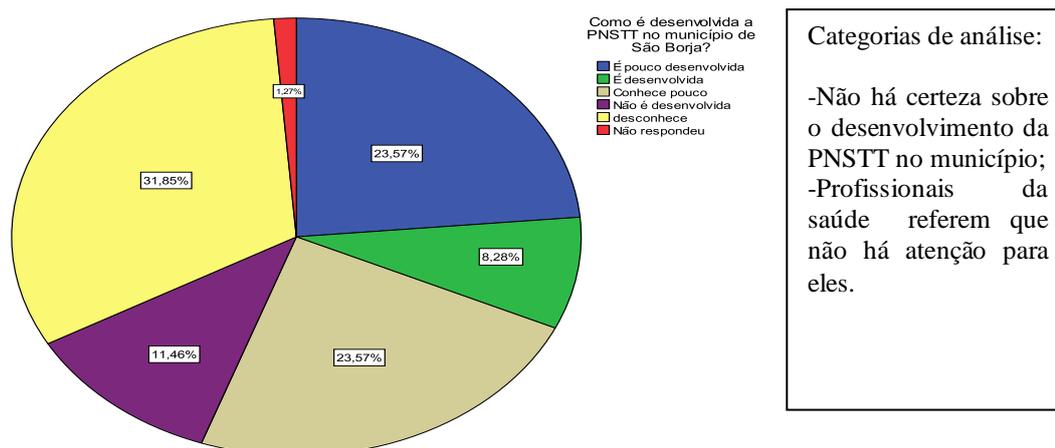
Os dados apresentados revelam que 40,13% dos profissionais da saúde dizem *conhecer* a PNSTT, mas que ela não é desenvolvida no município, quando nos referimos a desenvolvimento queremos incluir a implementação desta política. Quando estendemos o olhar sobre duas alternativas de resposta: *conhece pouco* com 24,84% (ações do SUS, considerando o artigo 16 relacionado à saúde do trabalhador) e *desconhece* com 26,75% (sem conhecimento SUS e PNSTT) e somarmos estes dois resultados, obtêm-se um total de 51,59%. Isto constitui um dado importante, visto que representa mais da metade dos mesmos, o que pode estar relacionado ao perfil dos profissionais que muitas vezes não possuem nem formação específica na área de saúde.

Já a alternativa que teve o menor valor refere-se a ter conhecimento e atuar no desenvolvimento da mesma com 8,28%. Estes profissionais da saúde reforçaram com os seguintes argumentos: “*trabalhador da atenção básica*” (PS39); “*Eu acho que sim pois a cada mudança que acontece na Secretária de Saúde é passado para mim e equipe*” (PS49); “*Visitas domiciliares, orientação as notificações, controle vacinal*” (PS 43); “*Grupos de hipertensos e diabéticos, grupo de gestantes, atenção básica etc*” (PS 41); “*Através de visitas domiciliares, orientação, vacinas, grupos de hipertensos*” (PS 42); “*Atuando no ESF com grupos, visitas domiciliar, consultas*” (PS 82). Se retornarmos à lei que ampara a política estudada, em seu artigo sexto, refere que a implementação desta política deve articular:

I - as ações individuais, de assistência e de recuperação dos agravos, com ações coletivas, de promoção, de prevenção, de vigilância dos ambientes, processos e atividades de trabalho, e de intervenção sobre os fatores determinantes da saúde dos trabalhadores; II - as ações de planejamento e avaliação com as práticas de saúde; e III - o conhecimento técnico e os saberes, experiências e subjetividade dos trabalhadores e destes com as respectivas práticas institucionais (BRASIL, 2012, ARTIGO SEXTO).

Entendemos com as citações destes profissionais que muitas ações acontecem e que há certo entendimento destas vinculadas à PNSTT, mas não há uma certeza de que a mesma realmente ocorra. No gráfico 26 verificamos conhecimento quanto ao desenvolvimento da política:

Gráfico 26- Desenvolvimento da PNSTT



Fonte: Dados coletados e consolidados pela autora

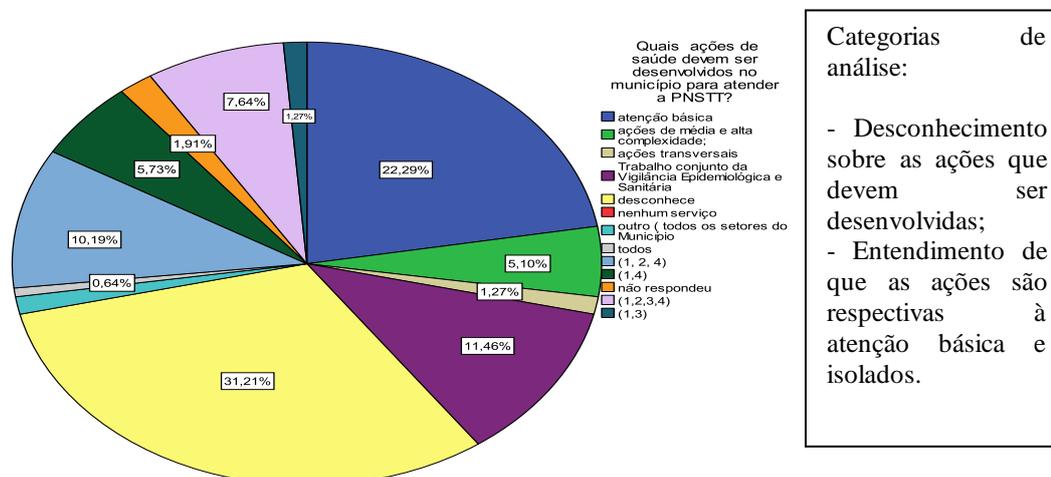
Os dados do gráfico acima nos mostram que 31,86 % dos profissionais da saúde afirmam que desconhecem como é desenvolvida a PNSTT no município. Observou-se que ao responder esta pergunta muitos profissionais diziam em voz alta: “nunca ouvi falar”. Empatados aparecem as categorias *é pouco desenvolvida* e *conhece pouco* com 23,57% dos resultados, por mais que apresentem valores iguais não possuem o mesmo sentido, ou seja, ser pouco desenvolvida significa que há a política no município e possui algum fator que pode estar impedindo da mesma ter uma plena aplicação, como a questão da falta de recursos investidos. Já *conhecer pouco* sobre o desenvolvimento está relacionando às competências que deveriam ser executadas pelo município e implementadas pelos burocratas de rua: os profissionais da saúde. Isto se reflete nas respostas acrescentadas às questões por parte dos profissionais da saúde e elencadas durante o lançamentos de dados: “Basicamente 70% profissional conhece” (PS 4); “Iniciaram apresentando com palestra” (PS 24); “Controlar e avaliar as situações de risco aos trabalhadores” (PS 31); “Desatenção nas prioridades do trabalhador” (PS 39); “Sempre que há é passada para a equipe” (PS 49); “Precisamos interagir com as políticas” (PS 59); “Através de palestras com trabalhadores ensinando as diretrizes” (PS 72).

Cabe destacar que neste último caso, refere-se aquele que atua na área da saúde, mas não se trata do trabalhador usuário dos territórios da atenção. Com referência a este aspecto foi afirmado pelos participantes: *“Palestras promovidas por empresas particulares com seus trabalhadores”* (PS 76); *“Não há ações integrativas com os demais componentes da vigilância em saúde”* (PS 78); *“Palestra uma vez ao ano”* (PS87); *“Muito pouco divulgada”* (PS 111); *“Tinha que ter mais atenção aos trabalhadores da saúde”* (PS 114).

Esta última frase acrescentada no questionário reflete a preocupação do profissional como o cuidado à sua saúde surgindo por diversas vezes ao explicar o objetivo da pesquisa. Muitos conversavam e contavam sobre suas condições de trabalho, isto é, os recursos materiais, os estruturais, sobre o espaço, as questões que afetam o psicológico. Houve um momento que um profissional logo após a explanação e aplicação TCLE, começou a chorar referindo e contando sobre a pressão exercida pelo gestor para atendimentos, pois dizia se sentir sufocada, de que havia pessoas na equipe colocadas somente para observar e relatar o movimento da equipe ao gestor. A fala que segue complementa o relato: *“Pouco sabemos, informações/burocracia”* (PS 127). O profissional que escreveu esta frase, ao entregar o questionário afirma que *“não há saúde do trabalhador, começando por nós que se acontecer um acidente com perfuro cortante, não sabemos o que fazer para quem recorrer”* (PS 127).

A Alternativa que aponta que a política *não* é desenvolvida aparece com 11, 46% e aqueles que disseram que *é desenvolvida* com 8,28% e poucos profissionais não responderam a esta questão, 1,37%. Desta forma, como inserido no conceito que norteia e qualifica estes dados, verificamos a incerteza no desenvolvimento da política. No gráfico 27 buscamos o conhecimento sobre os serviços que devem ser oferecidos aos trabalhadores segundo a PNSTT:

Gráfico 27 - Ações desenvolvidas para atender a PNSTT



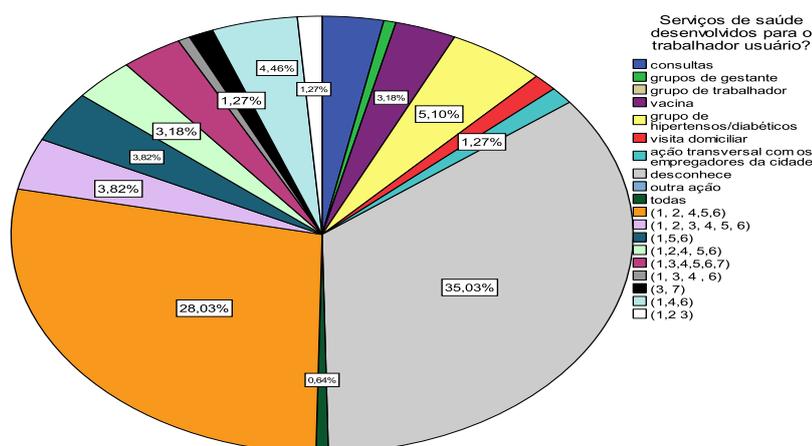
Fonte: Dados coletados e consolidados pela autora³⁶

Quando observamos os resultados acima verificamos que 31,21% *desconhecem* as ações que devem ser desenvolvidas na PNSTT, as quais devem ser transversais às ações do SUS; 22,29 % consideram que somente ações da atenção básica, entendendo que não há uma complexidade destas a que o usuário trabalhador tem direito de acesso.

Relacionando às observações realizadas em campo é nítida a falta de informação e saber sobre as ações ofertadas à população, sobretudo, ao trabalhador usuário. Um dado que surpreende é que ao questionar quanto ao número de pessoas cadastradas no território eles respondem sem segurança, “*acho que são cinco mil*”. O que mostra que os ACS não tem certeza sobre o total de famílias que atendem. Considerar a ação isolada, então se torna fácil, pois não há co-responsabilidade na priorização e conjunto de serviços como preconizada pela Política Nacional de Humanização (PNH, 2003).³⁷

Outro valor está relacionado ao trabalho conjunto da Vigilância Epidemiológica e Sanitária, consideração importante, porém de forma isolada não se consegue resultados. Em terceiro lugar com 10,19% de resultado aparece o trabalho conjunto (intersectorial) entre atenção básica, ações de média e alta complexidade e Vigilância Epidemiológica e Sanitária. Entre os pesquisados, 7,64%, incluem além dos serviços citados anteriormente, a transversalidade de serviços e ações. No gráfico 28 apresentamos o desmembramento das ações, resultando nos serviços oferecidos aos usuários, neste caso ao trabalhador:

Gráfico 28 - Serviços desenvolvidos para atender a PNSTT



Categorias de análise:

- Desconhecimento dos objetivos da PNSTT;
- Desconhecimentos e certeza quanto aos serviços desenvolvidos.

³⁶ Explicação: 1- atenção básica ; 2- ações de média e alta complexidade; 3- ações transversais e 4- trabalho conjunto da Vigilância Epidemiológica e Sanitária.

³⁷ Lançada em 2003, a Política Nacional de Humanização (PNH) busca pôr em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar.

Fonte: Dados coletados e consolidados pela autora³⁸

Os resultados nos mostram que 35,3% *desconhece* os serviços que devem ser desenvolvidos ao trabalhador usuário da rede de atenção do SUS, demonstrando também uma dificuldade de ligação e interação à política principal de saúde do país, por desconhecimento. Fica claro que há duas políticas distintas aos profissionais da saúde e que elas não se conversam. Na política estudada encontramos um dos objetivos especificamente que aborda a articulação na rede de atenção, desde a atenção primária até a Vigilância à Saúde do Trabalhador (VISAT):

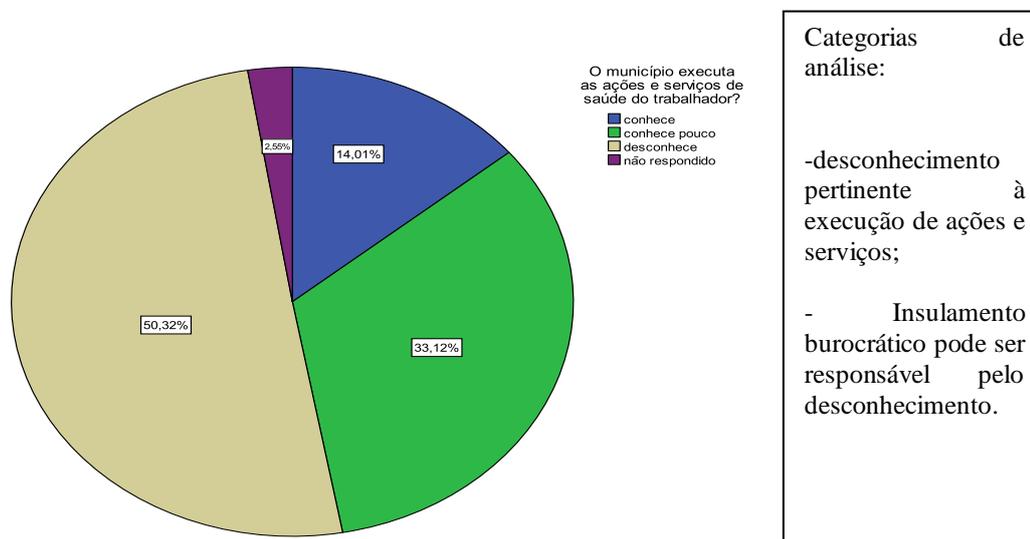
III - garantir a integralidade na atenção à saúde do trabalhador, que pressupõe a inserção de ações de saúde do trabalhador em todas as instâncias e pontos da Rede de Atenção à Saúde do SUS, mediante articulação e construção conjunta de protocolos, linhas de cuidado e matriciamento da saúde do trabalhador na assistência e nas estratégias e dispositivos de organização e fluxos da rede, considerando os seguintes componentes: a) atenção primária em saúde; b) atenção especializada, incluindo serviços de reabilitação; c) atenção pré-hospitalar, de urgência e emergência, e hospitalar; d) rede de laboratórios e de serviços de apoio diagnóstico; e) assistência farmacêutica; f) sistemas de informações em saúde; g) sistema de regulação do acesso; h) sistema de planejamento, monitoramento e avaliação das ações; i) sistema de auditoria; e j) promoção e vigilância à saúde, incluindo a vigilância à saúde do trabalhador (BRASIL, 2012).

Por outro lado, 28,03% considera que os serviços devem ser consultas, grupos de gestantes, vacinas e grupo de hipertensos e diabéticos, desconsideram até mesmo a visita domiciliar, serviço que propicia a criação de vínculo entre usuários e a equipe de saúde. Outros resultados aparecem com menor expressão e na maioria isolando os serviços, sem integração: 5,10% responderam que somente grupos de hipertensos e diabéticos. Este serviço é importante dentro das ações coletivas, porém deve estar integrado a ação individual através do serviço da consulta para verificar a assertividade nos indicadores de saúde e condições do usuário. Os demais dados consideram o conjunto de serviços (4, 46%, 3,82% e 3,18%) ou mesmo desenvolvimento de serviços isolados sem integração.

³⁸ Explicação: 1- consultas; 2- grupos de gestantes; 3-grupos de trabalhadores; 4- vacina; 5-grupo de hipertensos/diabéticos; 6- visita domiciliar e 7- ação transversal com os empregadores da cidade.

4.2.3 Conhecimento pertinente às competências do município relacionadas à execução da PNSTT

Gráfico 29 - Execução das ações e serviços da saúde do trabalhador



Fonte: Dados coletados e consolidados pela autora

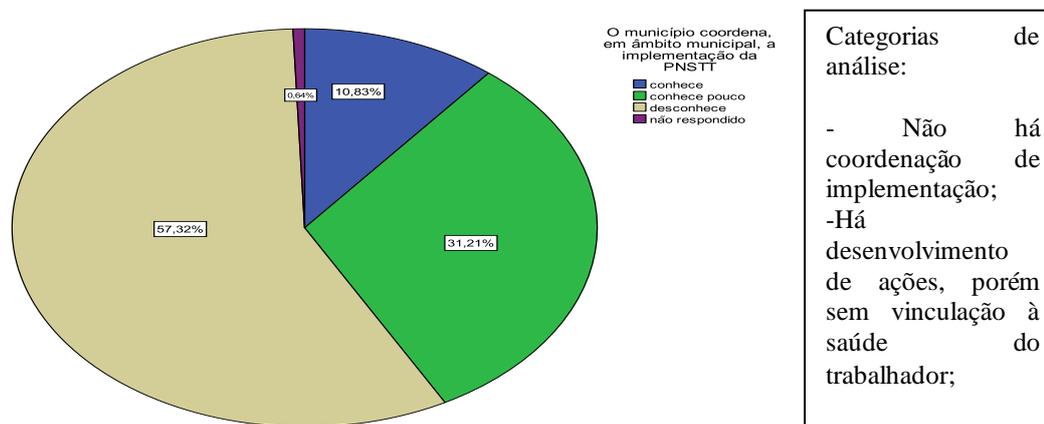
Dos profissionais pesquisados 50,32% *desconhece* se há execução de ações e serviços de saúde do trabalhador, isto pode estar relacionado à rotatividade de profissionais nos serviços observados. Assim como do insulamento burocrático já mencionado, o qual engessa as instituições e pode resultar em ineficiência do serviço, a começar pela falta de conhecimento do próprio objetivo a que serve os órgãos de saúde, nele os serviços da atenção básica.

Outros profissionais da saúde, 33,12%, referem que *conhecem pouco*, justificado pela descrição que acrescentam na questão respondida: “ações preventivas” (PS 31), “Palestras e treinamentos” (PS75), “Deveria ter mais divulgação das ações, não temos nem conhecimento” (PS 127). (grifo nosso)

O conhecimento se revela pouco mesmo frente à amplitude de ações e serviços que devem ser realizados de modo transversal à política principal de saúde. Outros valores como 14,01 % se referem ao conhecimento da execução das ações e serviços da política estudada no município. Pela interpretação de variáveis atribuídas às respostas estes profissionais são os que conhecem a PNSTT. Porém, com o contexto encontrado durante a observação realizada nas unidades de saúde, das dinâmicas de funcionamento das equipes, não se pode afirmar que há realmente um domínio de informação pertinente de tais profissionais. Completando nossos

dados o gráfico 30 nos apresenta resultados relacionados à coordenação municipal de da PNSTT:

Gráfico 30 - Coordena a implementação da PNSTT

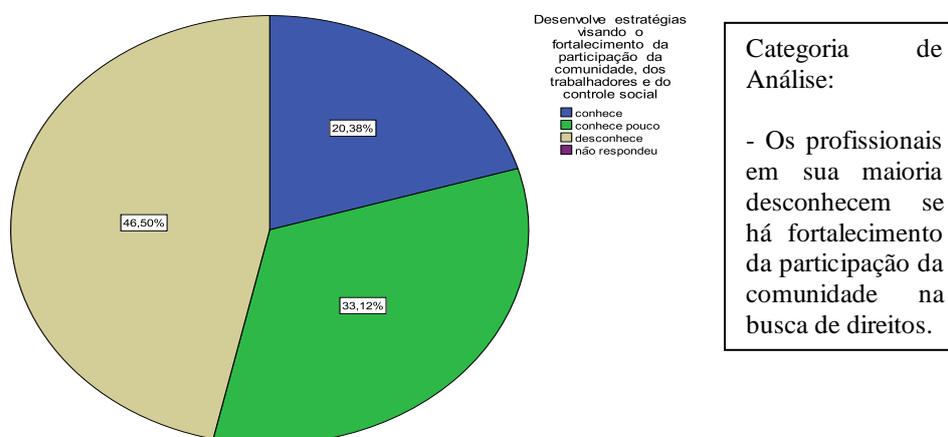


Fonte: Dados coletados e consolidados pela autora

No gráfico acima verificamos que 57,32% *desconhece* se há coordenação em âmbito municipal da implementação da política, estes resultados são confirmados no campo de observação, onde o profissional questiona e procura saber mais para responder o questionário. Fica difícil a ligação de que há gestão desta política no município, pois se o burocrata de rua desconhece e não consegue enxergar a coordenação de diretrizes e principalmente, alguém específico que realize estas ações, fica evidente a falha e o não cumprimento das ações em saúde do trabalhador, confirmado também na escrita de um pesquisado: “*acredito que só no papel.*”(PS 54.)

Mesmo que em segundo lugar apareça o *pouco conhecimento* com 31,21% e *conhece* com 10,83% , este resultado está ligado somente as ações que os profissionais desenvolvem em seus territórios. Na interpretação dos dados dos gestores sabemos que há uma coordenação responsável pela saúde do trabalhador, porém não há interação desta com os trabalhadores da atenção básica, pois as ações da coordenação se restringem ao que o gestor de saúde autoriza realizar e ao PMS (2014-2017). Surge então uma suposição de que esta política não está implementada no município. No gráfico 31 verificamos o fortalecimento da participação da comunidade:

Gráfico 31 - Estratégias para o fortalecimento da participação da comunidade



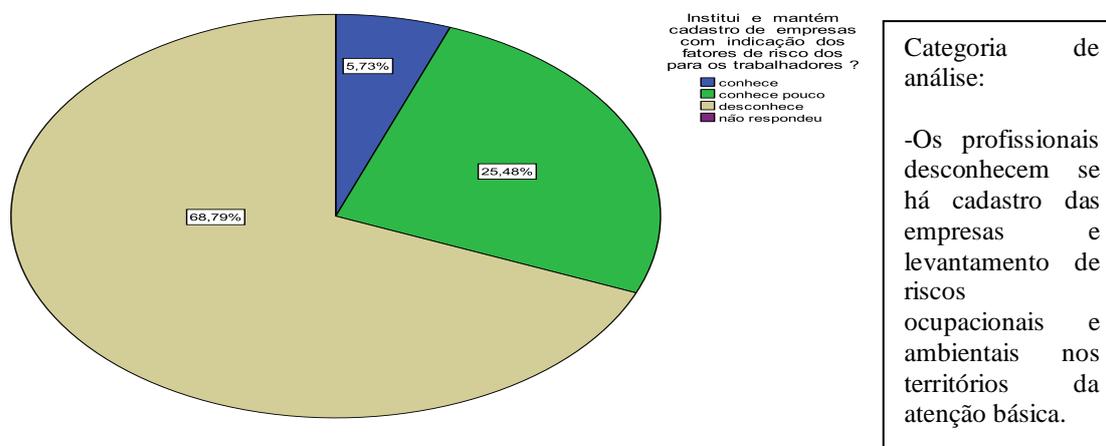
Fonte: Dados coletados e consolidados pela autora

Nos resultados acima verificamos que 46,50% dos profissionais da saúde *desconhecem* se há ações para fortalecer a participação da comunidade ou de trabalhadores no controle social, 33,12% refere que *conhece pouco* sobre o assunto referido e 20,38% refere que *conhece*. Estes resultados são explicados pelos profissionais da saúde, primeiro, pertinente ao conhecer: “*AIDS, Diabete Mellitus, outros*” (PS 127); “*pouco desenvolvido*” (PS 41 e 43); “*grupos*” (PS 4, 13 e 15).

E, posteriormente, quanto aos profissionais que conhecem pouco, alguns deles referenciaram que: “*Reuniões nas associações de bairro*” (PS 97); “*Falta organização*” (PS 39); “*Caminhadas de conscientização*” (PS 31).

Estes resultados demonstram a realidade de que grande maioria desconhece se há ações voltadas a fortalecer a participação social da comunidade e, principalmente, do trabalhador. Situação já discutida nos gráficos relacionados aos gestores, os quais também em sua maioria desconhecem, aqui aparece com grande expressividade, e se torna preocupante não proporcionar ou incentivar a participação nos espaços de busca dos direitos. No gráfico 32 é relacionado o cadastro das empresas no município:

Gráfico 32: Institui cadastro de empresas com indicação de risco para os trabalhadores



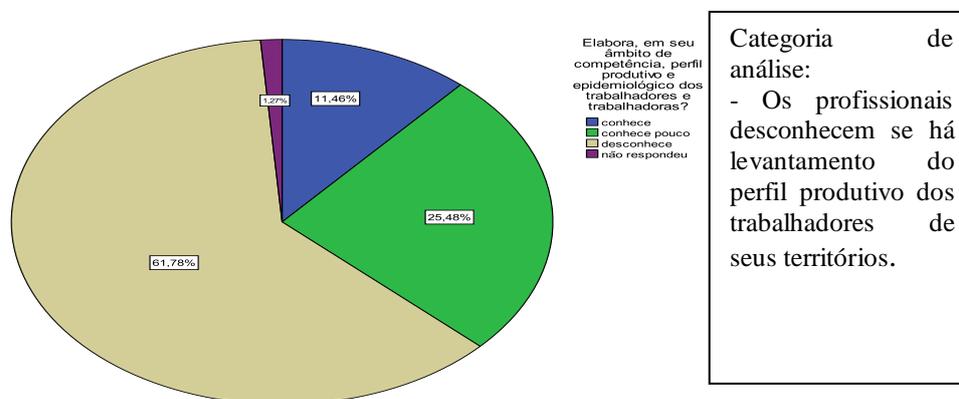
Fonte: Dados coletados e consolidados pela autora

Os dados acima nos mostram que 68,79% dos profissionais *desconhecem* se através da gestão da saúde no município há cadastro de empresas com levantamento de riscos que estas podem trazer aos territórios e as comunidades, através dos processos produtivos ao trabalhador. Já 25,48% referem que *conhece* pouco sobre este aspecto, e 5,73% *conhecem* esta ação. O texto abaixo complementa esta situação:

As inter-relações produção/trabalho, ambiente e saúde, determinadas pelo modo de produção e consumo hegemônico em uma dada sociedade, são a principal referência para se entender as condições de vida, o perfil de adoecimento e morte das pessoas, a vulnerabilidade diferenciada de certos grupos sociais e a degradação ambiental e, assim, para construir alternativas de mudança capazes de garantir vida e saúde para o ambiente e a população (DIAS et al, 2009, p. 2062).

O gráfico 33 tem relação com a discussão realizada acima visto que o perfil produtivo do trabalhador está relacionado ao processo saúde/doença do mesmo:

Gráfico 33- Perfil produtivo dos trabalhadores

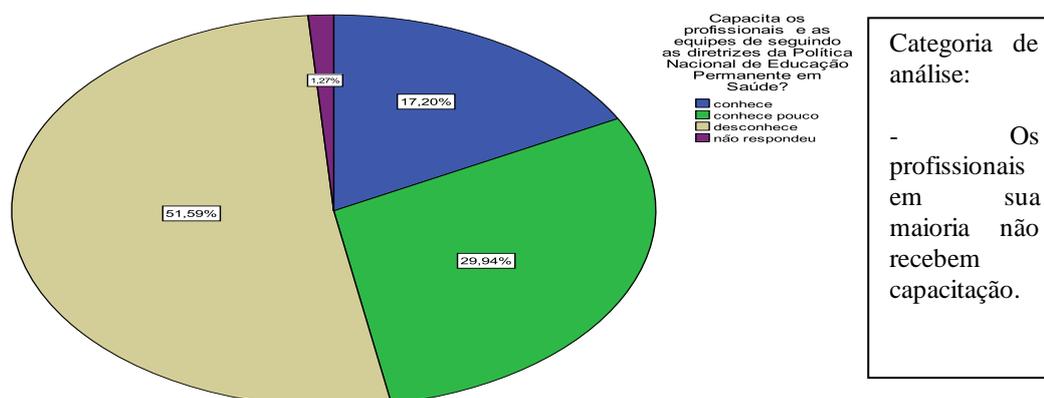


Fonte: Dados coletados e consolidados pela autora

Os resultados acima nos mostram 61,78% dos profissionais *desconhece* se há levantamento de perfil produtivo e epidemiológico do trabalhador usuário, ou seja, se há adoecimento nos territórios e quais são as atividades laborais que estes trabalhadores estão inseridos. Alguns profissionais argumentaram o seguinte: “*Não se realiza*” (PS 97); “*Nunca ouvi falar que existe este cadastro*” (PS 54).

Outros resultados estão relacionados ao *conhecer pouco* com 29,94% das respostas e apenas 11,46% que dizem *conhecer* esta ação. E destes, um profissional refere que: “*Acontece através de mapas de produção*” (PS 129). No gráfico 34 abordamos o assunto sobre capacitação para os profissionais da saúde e, também, o número delas:

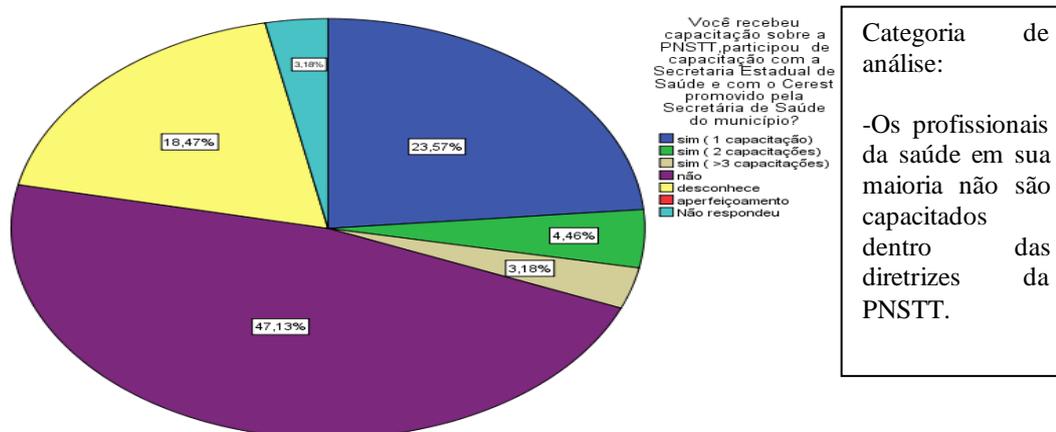
Gráfico 34: Capacitação aos profissionais da saúde



Fonte: Dados coletados e consolidados pela autora

Os dados acima nos mostram que a grande maioria dos profissionais 51,59% *desconhecem* se há capacitação, 29,94% *conhece pouco* sobre este assunto e 17,20% *conhecem*. Quando questionados sobre capacitações muitos destes referem que não receberam, principalmente, em função de estarem trabalhando na saúde há menos de seis meses. Não há investimento em capacitação do profissional que tem contato direto com o trabalhador usuário, e quando há, é por intermédio da CEREST. O gráfico 35 demonstra melhor a realidade:

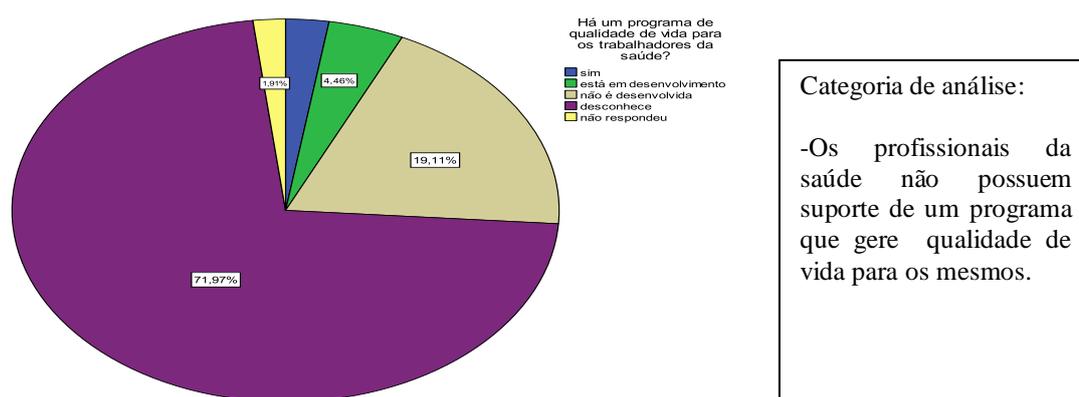
Gráfico 35- Número de capacitações recebidas



Fonte: Dados coletados e consolidados pela autora

O gráfico acima apresenta como resultado a realidade de que 47,13% dos profissionais da saúde *não* recebeu nenhuma capacitação sobre a política estudada. Outros 23,57% referem que *sim*, receberam, fato este demonstrado em respostas colhidas em poucos questionários: “Implementação da PNSTT no município” (PS 31); “saúde do trabalhador” (PS 43, 41, 49 e 111). Já o terceiro menor valor é o *desconhecimento* sobre capacitações para desenvolvimento da PNSTT. O gráfico 36 apresenta realidade sobre qualidade de vida ao profissional da saúde:

Gráfico 36 - Programa de qualidade de vida



Fonte: Dados coletados e consolidados pela autora

Os resultados mostram que 71,97% desconhece se há programa de qualidade de vida para os profissionais da saúde, e 19,11% acredita que está sendo desenvolvido. Este impacta na vida do profissional e respectivamente no atendimento dispensado aos usuários e ou trabalhadores que procuram as unidades de saúde. Uma vez que se este serviço não é dispensado e planejado internamente, não será planejado para quem utiliza o serviço. Abaixo

é apresentado o quadro com os dados consolidados pertinentes às competências para desenvolvimento da PNSTT. Buscou-se saber se os profissionais de saúde conheciam os mesmos. Tais competências já foram conceituadas e interpretadas na análise respectiva à gestão da saúde municipal. Neste momento será analisado diretamente o fato de conhecerem as mesmas:

Quadro 16 - Competências da PNSTT para desenvolvimento na visão do profissional da saúde

Variável	Conhece	Conhece pouco	Desconhece	Não Respondeu
Planeja estratégico	7,01%	26,11%	64,97%	1,91%
Negocia instâncias municipais	8,28%	28,03%	61,78%	1,91%
Pactua e aloca recursos	6,37%	24,84%	68,15%	0,64%
Define fluxos de referência e contra-referência	11,46%	31,85%	55,41%	1,27%
Articula regionalmente	12,74%	28,66%	55,41%	3,18%
Regula as ações e a prestação de serviços	17,20%	31,21%	50,96%	0,64%
Implementa notificação compulsória	19,11%	34,39%	43,95%	2,51%
Capacita em parceria SES e CEREST	18,47%	29,30%	51,59%	0,64%
Capacita equipes ou profissionais para diagnóstico de agravos	15,92%	34,39%	49,68%	
Possui parcerias para formação e capacitação das comunidades, dos trabalhadores e do controle social	5,10%	28,03%	64,97%	1,91%
Promove a intersetorialidade	8,28%	26,11%	65,61%	
Alimenta os sistemas de informação	10,83%	27,39%	61,15%	0,84%

Fonte: Dados coletados e consolidados pela autora

No quadro acima em todas as variáveis alocadas e pesquisadas, o fato do desconhecimento é o que traz os resultados maiores, aparecendo com valores de 68,15% dos profissionais que desconhecem se o gestor pactua e aloca recursos para a saúde do trabalhador, registrando até 43,95% de desconhecimento relacionado à implementação de notificação compulsória, este último trabalho específico relacionado à Vigilância Epidemiologia e o levantamento de dados pertinentes aos agravos de notificação compulsória.

Em segundo lugar aparece a resposta conhece pouco, com valores entre conhecimento 34,39% dos profissionais que conhece pouco se o gestor implementa notificação compulsória e ou capacita equipes ou profissionais para diagnóstico de agravos duas competências relacionadas, pois para realizar a notificação compulsória você precisa conhecer e entender os agravos que acontecem com os trabalhadores usuários. Assim como muitos profissionais conhecem pouco sobre pactuação e alocação de recursos na saúde do trabalhador.

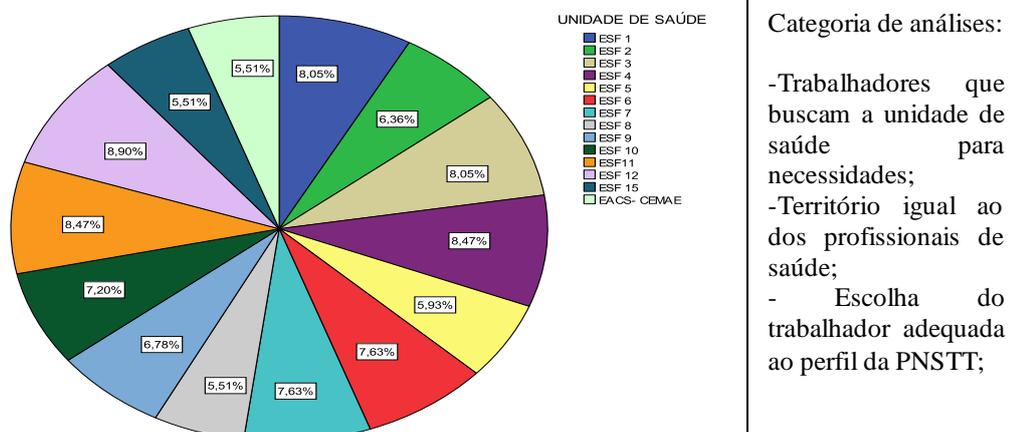
Percebe-se que o profissional da saúde, ou seja, o implementador das políticas não está preparado para desenvolver tal política no município. Necessitando de recurso como estrutura física, financeira e gestão do conhecimento. Assim como, vontade política para que a PNSTT seja implementada. Todos os resultados apresentados confirmam que a política estudada não está plenamente implantada no município.

4.3 Percepção por parte dos trabalhadores usuários sobre as ações de saúde desenvolvidas no município, dentro da Atenção Básica

Neste momento trazemos como protagonista o trabalhador usuário, num total de 236 pessoas pesquisadas, contribuindo e complementando o estudo desenvolvido até aqui. Apresentamos um breve perfil (como variáveis independentes) e a percepção do trabalhador frente aos serviços ofertados (variável dependente do estudo). No gráfico abaixo observamos a distribuição dos mesmos nas Unidades de ESFs:

4.3.1 Do perfil do trabalhador usuário

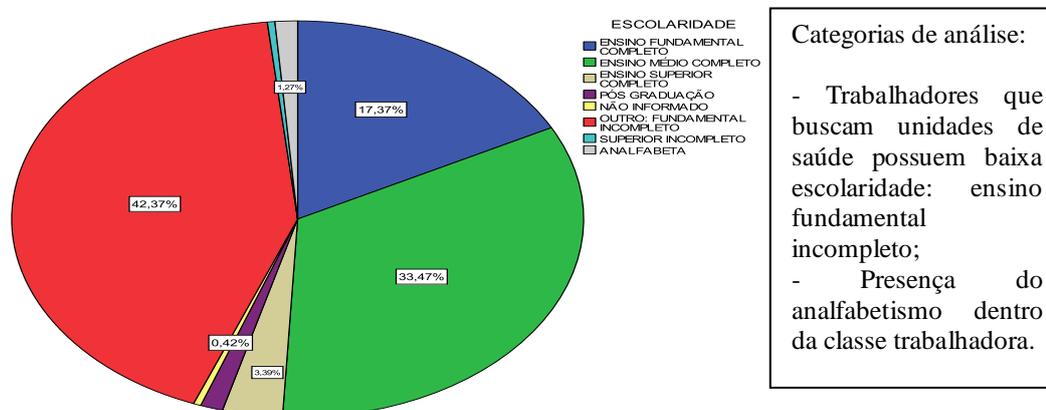
Gráfico 37- Número de trabalhadores usuários pesquisados nas unidades de saúde



Fonte: Dados coletados e consolidados pela autora

Percebemos nos resultados acima que há homogeneidade de valores que se estendem de 8,90% no ESF 12 na Várzea, 8,47% ESF 11, Vila Jaguari e ESF 4 no Bairro Itacherê, 8,05% nos ESF 1 Vila Ernesto Dorneles e ESF 3 Bairro Santa Rosa estas unidades estão situadas na mesma direção se aproximando à região ribeirinha. Já os resultados menores como 5,51% que pertencem ao ESF 15 no bairro do Tiro, EACs centro e ESF 8 Vila Goulart pertencem a uma região mais central. Não há grande diferença de valores, o que nos indica que possa haver uma demanda parecida mas com realidades e necessidades diferentes. No gráfico 38 verificamos a escolaridade destes trabalhadores:

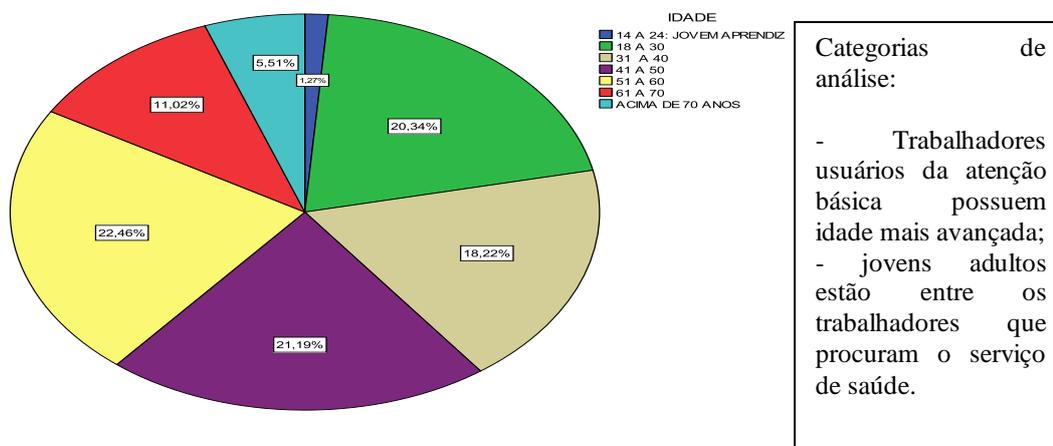
Gráfico 38- Escolaridade dos trabalhadores usuários das unidades da atenção básica



Fonte: Dados coletados e consolidados pela autora

Os dados acima nos mostram que o número maior de trabalhadores que responderam aos questionários possuem como escolaridade o nível fundamental incompleto 42,37%, realidade que assola frente à contemporaneidade que nos pede cada vez mais qualificações e níveis de escolaridade mais elevadas. Em segundo lugar com 17,37% dos trabalhadores conseguiram concluir o ensino fundamental, mas o que não garante a profissionalização deste ou chance de melhores empregos. Somando os dois resultados acima se totalizam 59,74% dos trabalhadores estão entre as séries iniciais da aprendizagem. Com ensino médio temos 33,47% dos trabalhadores possibilitando ser talvez uma formação profissionalizante a qual não seja objeto do estudo, 3,39% concluíram o ensino superior, 1,27% com pós-graduação e, 1,27% analfabeto, uma realidade ainda presente nos territórios estudados e que surpreende ao fato de hoje precisarmos de formação e conhecimento para exercer o trabalho, principalmente formal. Verificamos no 39 que segue a idade destes trabalhadores:

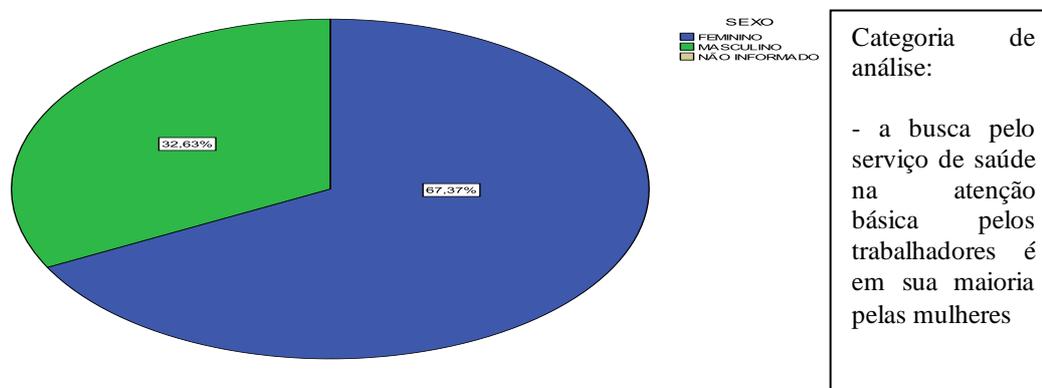
Gráfico 39: Idade dos trabalhadores usuários das unidades da atenção básica



Fonte: Dados coletados e consolidados pela autora

Os usuários trabalhadores que frequentam as unidades de saúde estão em maior número 22,46 na faixa de 51 a 60 anos de idade, 21,19% com idade entre 41 e 50 anos, 20,34% apresenta idade entre 18 e 30 anos ou seja, adultos jovens. Outros resultados estão direcionados a: 11,02% dos trabalhadores usuários possuem entre 61 a 70 anos e 5,51% com idade acima de 70anos. Cabe destacar que 1,27% está relacionado faixa etária que faz parte da ocupação jovem aprendiz. Há diversidade entre as idades dos trabalhadores que buscam a atenção básica. Outro dado importante é a questão de gênero, ou seja, a autodeterminação do sexo, como mostrado no gráfico 40:

Gráfico 40: Sexo dos trabalhadores usuários das unidades da atenção básica



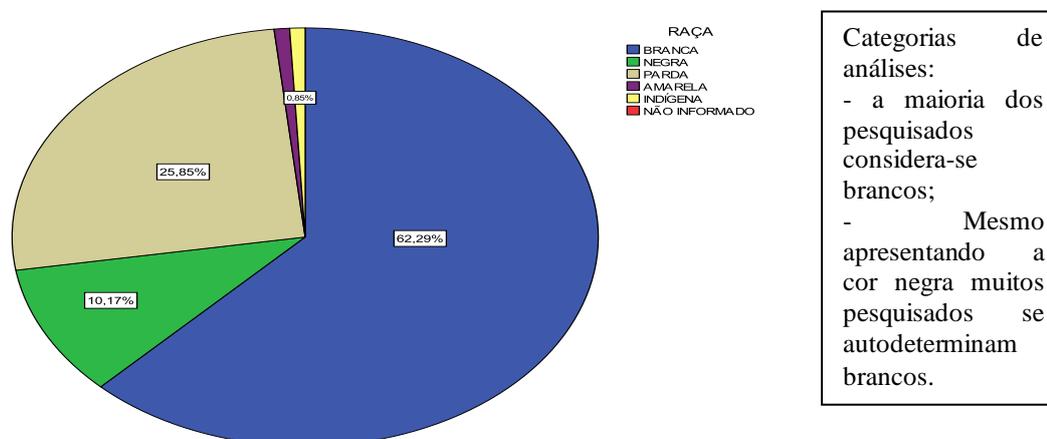
Fonte: Dados coletados e consolidados pela autora

Percebe-se nos dados a representatividade feminina 67,37% dos pesquisados são mulheres. Há a presença nos territórios, principalmente contribuindo para mudança de sua realidade quando aceita participar de um espaço que dá oportunidade de manifestar e mostrar onde está inserida, e como percebe tal inserção. E verificamos este aspecto também dentro da política estudada:

A Política de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora apresenta como público alvo trabalhadores/as, homens e mulheres, da cidade ou do campo, com inserção formal ou informal no mercado de trabalho, público ou privado, assalariado, autônomo, avulso, temporário, cooperativados, aprendiz, estagiário, doméstico, aposentado ou desempregado. Verifica-se que a mulher trabalhadora abordada neste estudo está intrinsecamente ligada a esta política pública, partindo do acesso a melhores condições de saúde e efetivação do direito fundamental. (ZORZI, MACHADO, GUIMARÃES, 2018 p. 282)

No gráfico 41 se observa resultado frente à autodeterminação de raça por parte dos trabalhadores usuários dentro dos territórios estudados:

Gráfico 41: Raça dos trabalhadores usuários das unidades da atenção básica³⁹



Fonte: Dados coletados e consolidados pela autora

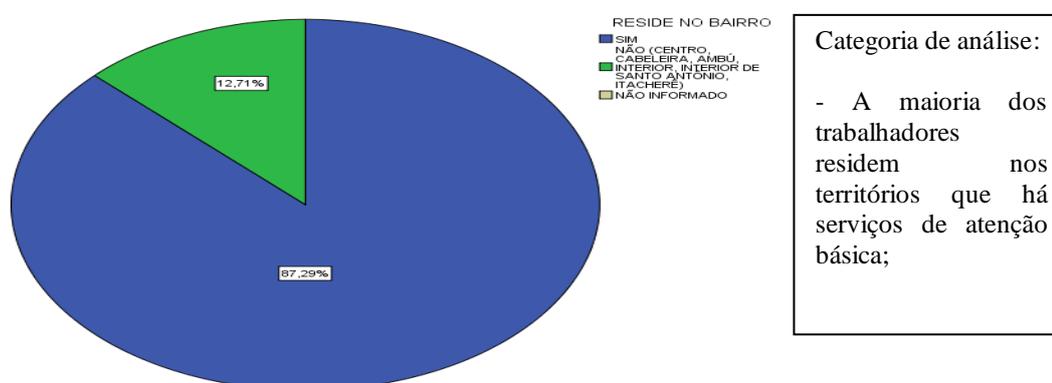
Os dados nos mostram que 62,29% dos trabalhadores pesquisados se declaram brancos, muitos utilizavam o indicador da carteira de identidade e outros até perguntavam à autora o que esta considerava que fosse a sua raça, neste momento foi explicado aos mesmos que a determinação é própria e que cabe a pessoa declarar. Porém o que chama a atenção é que em meio a este resultado maior de opção da raça branca, houve a percepção de muitas pessoas que por sua cor seriam determinadas como de raça negra porém se declararam

³⁹ As categorias utilizadas seguem a classificação do IBGE.

brancas. E esta situação se repetiu nos três públicos alvo, não foi questionada, porém deve haver uma razão para a não interpretação da própria cor da pele.

No gráfico 42 verificamos se os trabalhadores usuários pertencem ao território visto que a atenção básica trabalha com este aspecto pela proximidade às pessoas que atende e a PNSSTT segue as prerrogativas da porta de entrada, que nada mais é do que o serviço da atenção básica:

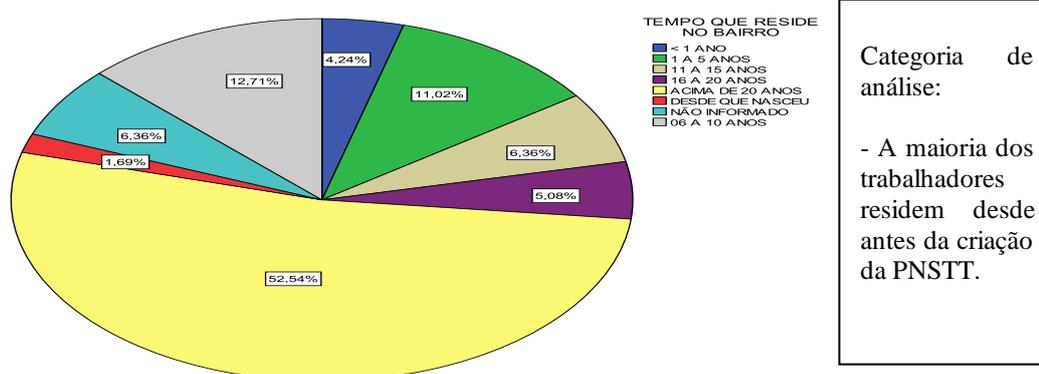
Gráfico 42 - Residência no território



Fonte: Dados coletados e consolidados pela autora

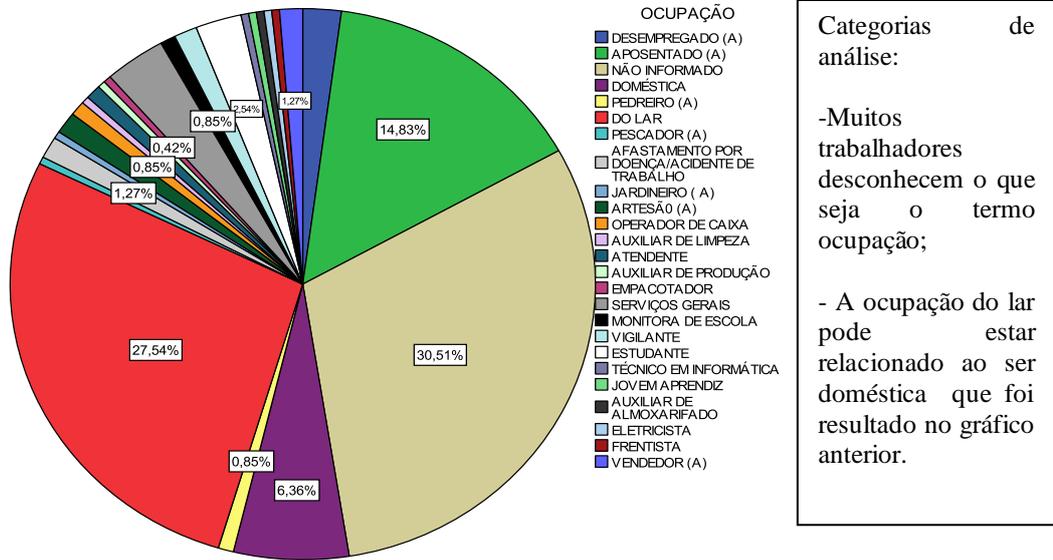
Nos dados acima vemos que 87,29% dos trabalhadores residem nos territórios onde a unidade de atenção à saúde está inserida, 12,71% não reside sendo até de outra cidade. Em sua maioria os trabalhadores fazem parte do território de adscrição do serviço de saúde e estão cadastrados no serviço. No gráfico 43 verificamos o tempo que este trabalhador reside no território:

Gráfico 43 - Tempo que reside no território



Fonte: Dados coletados e consolidados pela autora

Gráfico 45: Ocupação dos usuários trabalhadores

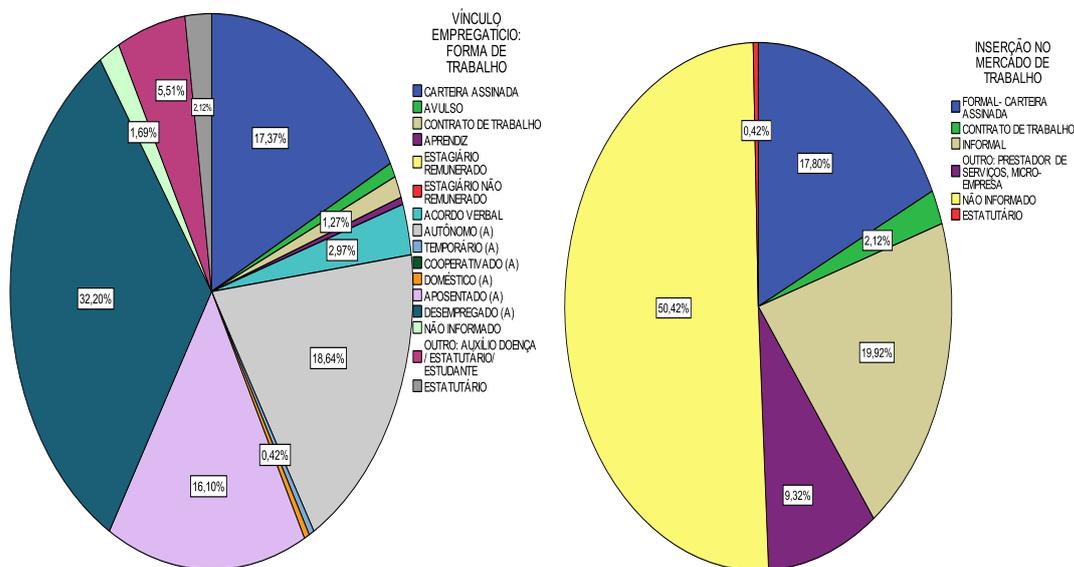


Fonte: Dados coletados e consolidados pela autora

Aqui, observa-se que 30,51% dos pesquisados não informaram sua ocupação, pode ser desconhecimento visto que talvez já responderam na questão anterior onde esta variável ficou muito abaixo deste número.

Ser do lar aparece com 27,54% resultado que também pode estar relacionado à variável doméstica do Gráfico 44 e neste aparece com 6,36%. Usuário aposentado aparece com 14,83% do resultado como ocupação, o gráfico nos mostra várias categorias de ocupações apresentadas pelos trabalhadores fazendo interpretar que a grande maioria desenvolve uma atividade relacionada ao trabalho e que busca os serviços de saúde. Nos gráficos 46 e 47 observamos a forma de trabalho que este trabalhador desenvolve suas atividades enquanto profissão ou ocupação:

Gráficos 46 e 47: Vínculo empregatício e inserção no mercado de trabalho



Fonte: Dados coletados e consolidados pela autora

Categorias de análise:

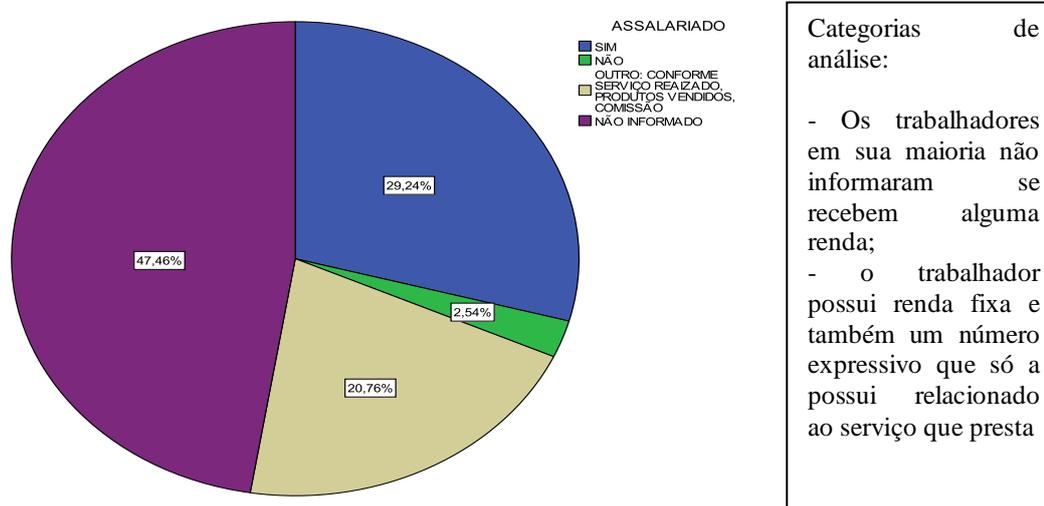
- O trabalhador desempregado aparece com maior expressividade no serviço de saúde;
- Poucos dos trabalhadores possuem vínculo de trabalho celetista;
- Muitos trabalhadores não informaram seu vínculo empregatício talvez por desconhecimento

Na caracterização da forma de trabalho que se relaciona ao vínculo empregatício verificamos nos resultados no gráfico 47 que estar desempregado possui 32,20% demonstrando que muitos dos usuários trabalhadores no cotidiano podem encontrar-se sem emprego ou com inserção no mercado de trabalho em vínculo informal. Outros trabalhadores apontam a forma de trabalho autônomo 18,64%, onde desenvolvem alguma atividade sob responsabilidade própria. Possuir carteira assinada aparece em terceiro lugar e percebemos que este não é o vínculo principal, outros resultados nos apontam para a aposentadoria novamente com 16,10% dos nossos pesquisados.

No gráfico 48 trazemos a forma que o usuário está inserido e percebemos que 50,42% não a informou. Consideramos que possa haver um desconhecimento sobre este aspecto, num segundo momento verificamos a informalidade sobressai, pois muitos que se consideram desempregados pela falta do vínculo celetista podem estar trabalhando na informalidade e sem garantias e direitos. Somente 17,80% estão com carteira assinada.

Podemos então relacionar o perfil estudado até aqui, ou seja, se tratando de gênero em sua maioria mulheres, autodeclaração de raça em sua maioria branca, mas com vários usuários que afirmativamente poderiam ser declarados negros e a baixa escolaridade podem contribuir para o número elevado do desemprego e informalidade. Assim, Zorzi, Machado e Guimarães (2018) afirmam que: “O mercado formal de trabalho em diversos aspectos é excludente, principalmente quando se trata de gênero, raça e escolaridade”. No gráfico 48 verificamos se o trabalhador possui receita, porém não entramos no envolvimento econômico para mensurar o valor recebido:

Gráfico 48- O trabalhador possui salário



Fonte: Dados coletados e consolidados pela autora

Os trabalhadores em sua maioria 47,46% não informaram se recebem ou não algum tipo de renda ou salário, já 29,24% responderam que sim são assalariados, e 20,76% só possui renda por produto vendido e ou serviço realizado. E talvez os profissionais que atendam estes usuários não saibam que esta realidade acontece frente a tantas observações de descaso com o atendimento, falta de respeito presenciado.

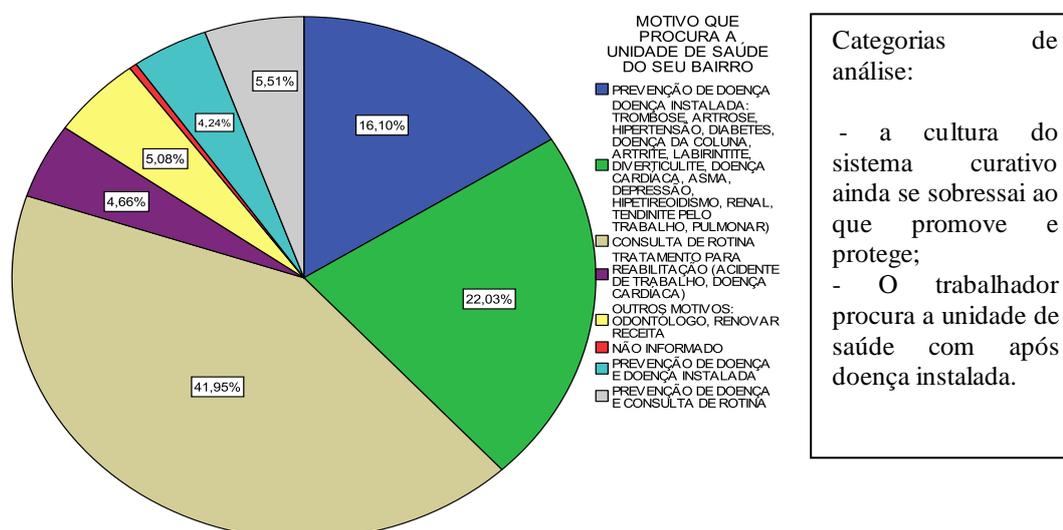
Como por exemplo, em um dia de observação em uma unidade de ESF, chega uma usuária para pedir vista domiciliar da agente de saúde, pois fazia algum tempo que não recebia e estava precisando. Assim que está saiu da unidade o agente operacional foi comunicar a ACS da área específica da usuária, a profissional ACS ficou muito brava e veio para a sala de espera e falou alto: “onde está a paciente que vou dar com a prancheta na cabeça dela, pois ela tá mentindo”, sendo que a usuária não estava mais na unidade nem para

se defender. Porém, naquele momento o profissional deu mostras suficientes da falta de humanização, despreparo e ética.

4.3.2 A percepção dos serviços de saúde

Neste momento, é evidenciado o movimento do usuário de como percebe o serviço de saúde enquanto trabalhador que possui direito dentro da portaria. Como observado no gráfico 49:

Gráfico 49 - Motivo que procura o serviço de saúde



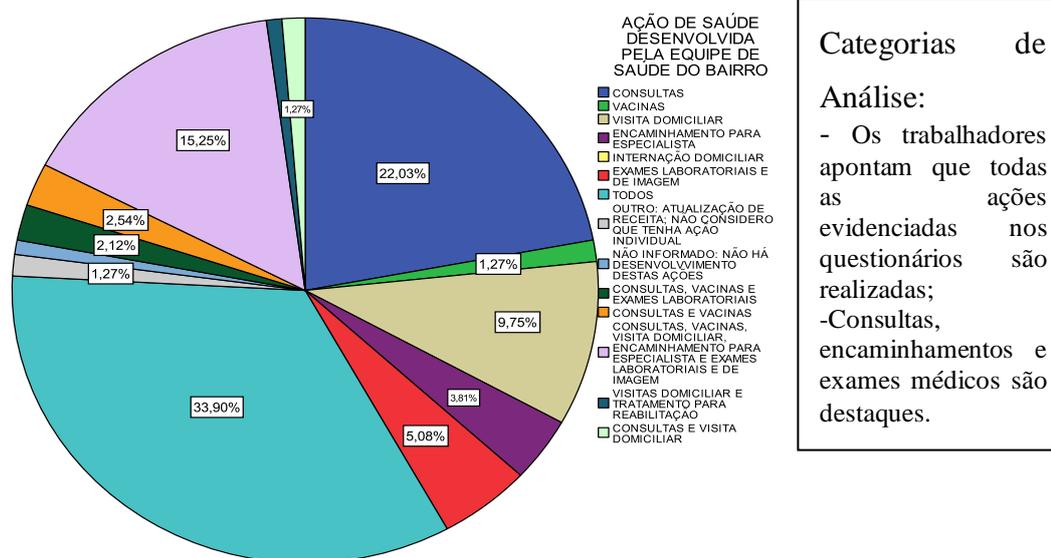
Fonte: Dados coletados e consolidados pela autora

Foi questionado ao pesquisado qual era o motivo da consulta e a maioria respondeu que era consulta de rotina 41,95%, ou seja, ainda há visão de que sistema que somente trata as pessoas. Evidenciando a cultura da cultura da medicalização, ou seja, só de atendimento e de consulta, sem um trabalho preventivo.

O modelo da Atenção Básica da Saúde (ABS) vem justamente para transformar este pensamento e inserir a promoção e proteção da saúde das pessoas. Mas o resultado aqui mostra que ainda há muito que se fazer, pois, o segundo dado mais alto, 22,03%, se refere a doenças já instaladas como exemplo: artrose, artrite, diabetes, hipertensão, doenças da coluna. Tais doenças podem ter relação com trabalho e esta percepção não acontece tanto pelo trabalhador usuário como pelos profissionais que o atendem. O motivo prevenção, que seria a busca de orientações, informações para mudanças de hábitos está em terceiro lugar com

16,10% e outros serviços, como o de odontólogo, aparece com 5,08%. No gráfico 50 as ações são melhores detalhadas:

Gráfico 50- Percepção das ações individuais de saúde desenvolvidas no território



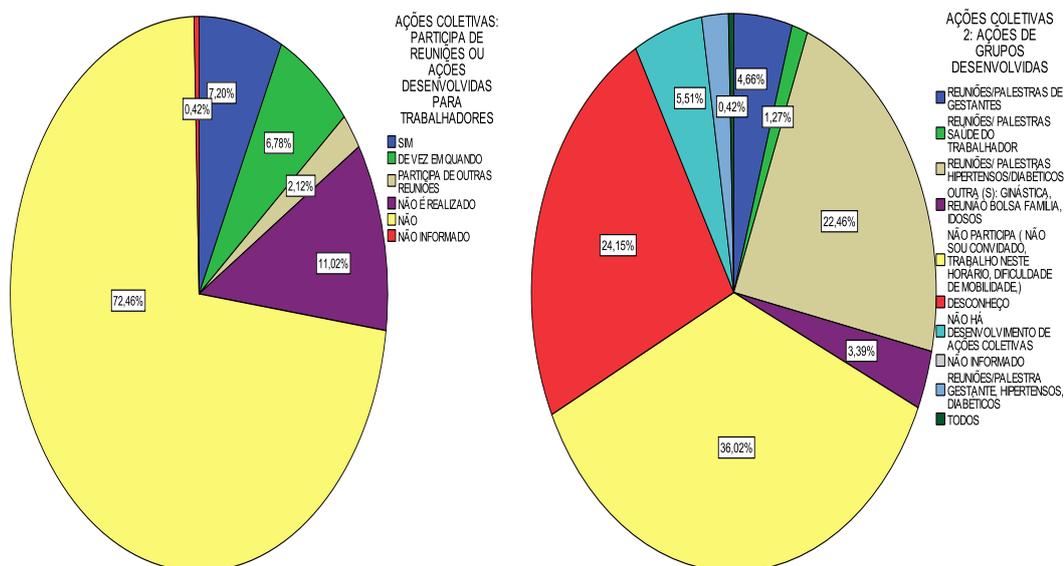
Fonte: Dados coletados e consolidados pela autora

Quando se fragmentam as ações, como forma de entendimento de quais ações o trabalhador realmente percebe que acontece no seu entorno, num primeiro momento com 33,90% aparecem todos os serviços, tais como: consulta, vacina, visita domiciliar, encaminhamento para especialista, internação domiciliar e exames diagnósticos. Uma grande parcela percebe que estes serviços acontecem dentro da atenção básica, mesmo que muitas unidades de saúde não disponibilizam sala de vacina, mas ele consegue efetivar este serviço na central de vacina que é o suporte na atenção básica. Em segundo lugar com 22,03% das percepções aparece à consulta médica, novamente o sistema curativo evidenciado. Isto é intrínseco, principalmente em áreas mais vulneráveis socioeconomicamente. E confirmando este resultado aparecem os encaminhamentos e exames diagnósticos com 15,25%.

A visita domiciliar, que é o grande protagonista da atenção básica para a geração do vínculo entre usuário e equipe de saúde, aparece com 9,75%. Este resultado talvez se dá pelo horário em que as visitas acontecem, pois muitos trabalhadores estão desenvolvendo o seu labor. Então esta atividade é muito pouco percebida e podemos dizer que possivelmente nem vínculo criou e muito pouco acrescenta sobre a realidade vivenciada pelo usuário. Os dados

abaixo nos mostram a realidade das ações coletivas que deveriam somar às individuais para gerar a promoção da saúde:

Gráfico 51 e 52 - Percepção das ações coletivas desenvolvidas



Fonte: Dados coletados e consolidados pela autora

Categorias de análise:

- Os trabalhadores não participam de ações coletivas;
- Há pouca percepção sobre as ações coletivas nos territórios;
- Há desconhecimento acerca das ações coletivas.

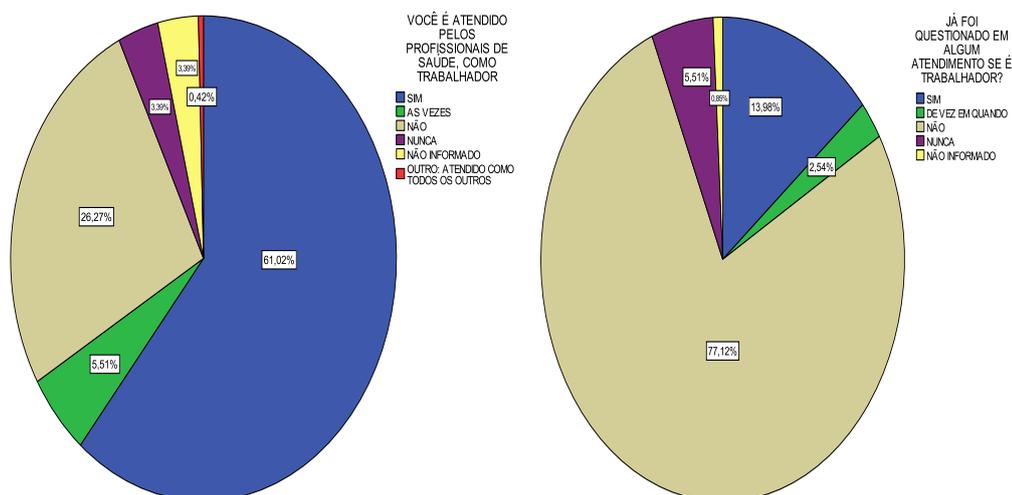
Nos resultados do gráfico 51 verificamos que os trabalhadores 72,46% não participam de ações coletivas nos territórios em que vivem e que há unidades de atenção básica. Alguns 11,02% afirmam que estas não são realizadas, e esta realidade está presente em quase todas as unidades de saúde observadas quando questionado aos profissionais sobre as ações coletivas que a equipe planejava e desenvolvia, a resposta era: “neste momento o foco é o atendimento na unidade, as consultas”.

Talvez pelo momento eleitoral, ou talvez, porque o modelo de atenção preconizado pelo SUS não está bem desenvolvido e compreendido na atuação do profissional de saúde. Neste caso é importante retornar ao diversos dados que já analisamos como o pouco conhecimento dos gestores frente às próprias ações que são desenvolvidas no município, em que ele mesmo planejou. O pouco conhecimento dos profissionais sobre ações e serviços

desenvolvidos nos territórios que executa suas atividades. Resultando na percepção do trabalhador usuário que ações de saúde desenvolvidas para ele são aquelas curativas: consulta, exames e encaminhamentos médicos, ou seja, centralizado na ação do médico, dispensando a equipe multiprofissional que ali está para desenvolver os objetivos fundamentados do SUS e da PNSTT: promoção, proteção, prevenção, tratamento e reabilitação.

Estes aspectos são confirmados no gráfico 52, quando os trabalhadores, 36,02%, afirmam que não participam, justificando que não são convidados para ações coletivas, que trabalham neste horário não havendo adaptação de ações para este grupo. Outros trabalhadores, 24,15%, afirmam que desconhecem, justamente porque as equipes não planejam e não realizam ações fora do ambiente da unidade de saúde e quando realizam são ações para grupos que já possuem doenças crônicas: hipertensos e diabéticos. Estes percebidos por 22,46% dos trabalhadores forma um ciclo em torno das ações curativas, como cultura entranhada difícil de mudar, pois os próprios profissionais da saúde colaboram para que esta se propague. Cabe interpretar se é por desconhecimento, despreparo, falta de vínculo com as pessoas que fazem parte do território em que as ações de saúde se materializam ou comodidade. Os gráficos 53 e 54 nos mostram mais uma realidade:

Gráfico 53 e 54 - Percepção do atendimento como trabalhador



Fonte: Dados coletados e consolidados pela autora

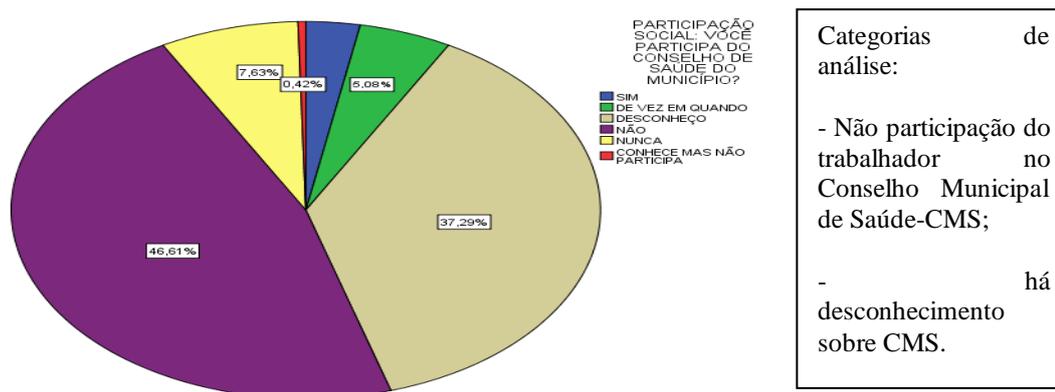
Categorias de análise:

- Entende que ele é atendido pelo trabalhador da saúde e não como trabalhador;
- há percepção de que não há questionamento quanto ao fato de ser ou não trabalhador.

No gráfico 53 os trabalhadores que respondem sim, 61,02%, confundem a questão pelo “ser atendido por um trabalhador”, muitos ao responder já diziam “eu sou atendido por um trabalhador da saúde”, visto que, no gráfico ao lado confirmamos esta troca de compreensão quando em número expressivo, 71,02%, respondem que não são questionados: *se é trabalhador*.

Este resultado se relaciona ao que já detalhamos nas populações estudadas e analisadas, de que não há um preparo dos profissionais para atuação na PNSTT ou simplesmente ela não acontece no município, pois o desenvolvimento desta deveria acontecer na porta de entrada principalmente no acolhimento do trabalhador, em que pese saber se trabalha ou não, e se está dentro da população alvo da própria política. Na busca de tentativas de entender se este trabalhador se faz presente em espaços de participação social, apresentamos o gráfico 55:

Gráfico 55 - Participa do conselho de saúde



Fonte: Dados coletados e consolidados pela autora

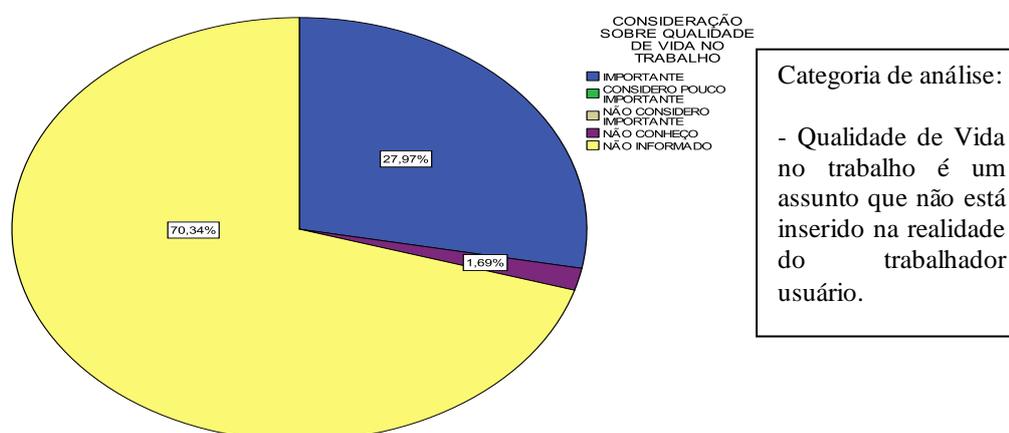
Os dados acima nos mostram que o trabalhador, 46,61%, *não* participa do CMS, 37,29% *desconhece* e 7,63% *nunca* participou. Esta questão foi elaborada para o trabalhador em função da PNSTT trazer a participação social dentro da política, dando ênfase e continuidade também ao princípio do SUS e materializado na lei 8142 de 1990, do direito à participação social para provocar mudanças, buscar e lutar pelas demandas de sua realidade. Verificamos com estes dados que a participação social para a população trabalhadora não acontece, ele desconhece. E, em muitos momentos, a autora era questionada: “o que é o conselho de saúde?”; “Você pode me explicar o que é o conselho?” ou mesmo escutando e observando afirmações: “nunca ouvi falar!”. O texto abaixo acrescenta que:

[...] O cidadão que exerce a participação social deve conhecer o significado e real valor do buscar decidir e conquistar, muitas vezes o que se percebe é que há um desconhecimento profundo sobre a questão que se defende ou se renúncia, como exemplo os aspectos que compõem a saúde do trabalhador: processos produtivos do trabalho, direitos e deveres, meio ambiente, desenvolvimento local e regional, renda, qualidade de vida, doenças, acidentes entre outros (ZORZI,GOMES 2017 p.677).

Existem barreiras que devem ser vencidas e a busca pelas melhores soluções conterà quem acredita no trabalho como um direito, e não somente uma necessidade de todo cidadão, tendo valor social e dignificante para o mesmo e para a sociedade. A participação do trabalhador deve ser um princípio norteador ou renovador para formulação de novas políticas, de novas ações, de novas diretrizes, e de novos programas em saúde do trabalho para que estas estejam o mais próximo da realidade dele (KARINO et al, 2011).

Para fechamento dos dados apresentados buscamos questionar o trabalhador usuário sobre Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) buscando o entendimento na percepção dele sobre importância, conceito e possíveis sintomas e doenças que a falta desta pode lhe resultar. A opção por estas questões são para demonstrar a realidade em que o trabalhador que participou desta pesquisa se encontra desde a organização do sistema de saúde até a promoção da saúde e melhoria das condições de vida, conforme o gráfico 56:

Gráficos 56- Percepção quanto à QVT



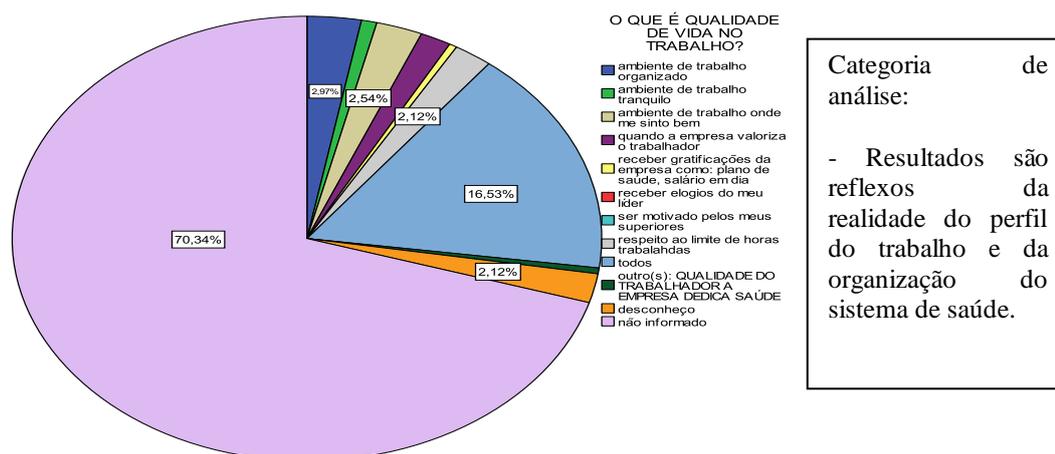
Fonte: Dados coletados e consolidados pela autora

O resultado acima nos mostra que 70,34% dos pesquisados não informaram suas percepções acerca da Qualidade de Vida no Trabalho (QVT), fato este que pode ser considerado através da deficiência de informação sobre tal aspecto, e pela possibilidade de não fazer parte da realidade do trabalhador tanto em seu local de trabalho como no serviço de saúde através de ações que trabalhem a educação em saúde. O texto abaixo acrescenta que:

Qualidade de Vida no trabalho (QVT) foi cunhado por Louis Davis na década de 1970, quando desenvolvia um projeto sobre desenho de cargos. Para ele, o conceito de (QVT) refere-se à preocupação com o bem-estar geral e a saúde dos trabalhadores no desempenho de suas tarefas. A QVT assimila duas posições antagônicas: de um lado, a reivindicação dos empregados, quanto ao bem-estar e satisfação no trabalho e, de outro, o interesse das organizações quanto aos seus efeitos potenciais sobre a produtividade e qualidade (CHIAVENATO, 1999, p.391).

Outro resultado demonstra que 27,97% dos trabalhadores consideram a QVT importante. Desta forma, autores como Carvalho et al., (2013, p.23) afirmam que para garantir a qualidade de vida no trabalho, a organização precisa preocupar-se não apenas com o ambiente físico da organização, mas também com os aspectos psicológicos e físicos de seus funcionários. No gráfico 57 verificamos o significado de QVT:

Gráfico 57- Percepção do significado de QVT



Categoria de análise:

- Resultados são reflexos da realidade do perfil do trabalho e da organização do sistema de saúde.

Fonte: Dados coletados e consolidados pela autora

No gráfico acima mais de 70% dos pesquisados não informaram sobre o significado da QVT, já 16,54% responderam que todos os aspectos elencados na questão podem ser considerados.

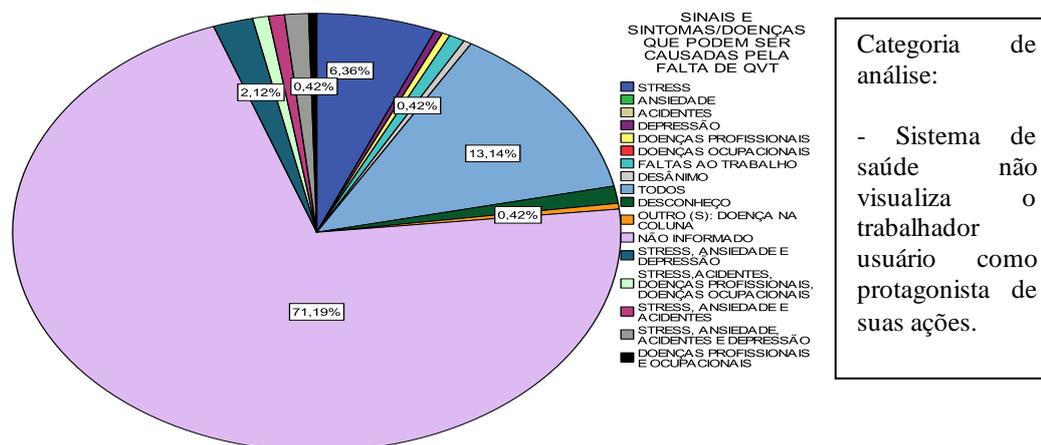
Abaixo complementamos:

Assim, uma organização que promove saúde é aquela que se preocupa com segurança, higiene, conforto e bem-estar dos seus funcionários. Mas, para que isso não fique apenas à mercê da boa vontade das pessoas, é preciso definir responsabilidades por meio da adoção, de uma política de segurança no trabalho ou de diretrizes básicas que objetivem estabelecer responsabilidades e atribuições, individuais e institucionais, no cumprimento das normas (WACHOWICZ, 2007, p.41).

O trabalhador carrega em sua bagagem perspectivas em relação ao trabalho de cunho psicológicas positivas (motivação) e ou negativas (desmotivação) que também fazem parte

dos fatores condicionantes do processo saúde/doença. No gráfico 58 evidenciamos o reflexo da QVT:

Gráfico 58 - Percepção quanto ao reflexo da QVT



Fonte: Dados coletados e consolidados pela autora

Neste momento busca-se saber a percepção sobre o reflexo da QVT para o trabalhador, a grande maioria 71,93% novamente não informa o que conhece sobre esta, e somente 13,14% refere como reflexo, *todos* os itens elencados como respostas. Neste sentido o trabalhador exposto ao ambiente onde os riscos não estão controlados, pode ser exposto aos agentes físicos, químicos, biológicos e ergonômicos, podendo adoecer, necessitando de afastamento do trabalho e tratamento. Após seu retorno voltará a trabalhar no mesmo local, se os riscos não estiverem eliminados ou controlados pode adoecer novamente e mais rápido levando até a incapacidade ao trabalho (BREVIGLIERO, POSSEBON, SPINELLI, 2011).

Um exemplo do exposto acima, são as doenças psicossomáticas, no caso o stress, este desencadeia no trabalhador vários sintomas desde irritabilidade, cansaço, desânimo, dores no corpo, entre outros e que na maioria das vezes é causado pelo ritmo de trabalho, ambiente tenso, jornadas extensivas, insatisfação do trabalhador em relação ao seu trabalho (como renda, valorização, ações dentro da empresa e não favorecem seu desenvolvimento). Desta forma, Sampaio, Galasso e Ribeiro (2012, p.4) referem que: “o stress como processo é a tensão diante de uma situação de desafio por ameaça ou conquista; o stress como estado é o resultado positivo (eustress) ou negativo (distress) do esforço gerado pela tensão mobilizada pela pessoa”.

Por fim, nos três gráficos relacionados verificamos que mais de 70% dos pesquisados não informaram as questões propostas, este dado nos leva a pensar que há um desconhecimento por parte do trabalhador sobre este assunto, que é a base de sustentação da PNSTT: melhorar as condições de saúde, promover saúde, adequar à realidade dos processos produtivos em que o trabalhador está inserido para gerar qualidade de vida no trabalho e fora dele.

Quando inserimos o trabalho dentro do processo saúde/doença é necessário fazer referência ao significado deste binômio, o qual é mutável e dinâmico. Pois, o fato de estar com saúde ou com doença é justificado conforme alguns fatores ligados também à história natural das doenças, onde necessita de um agente causador, do meio interno e do meio ambiente para manifestar-se.

Considera-se que estes dados são o resultado da pesquisa aplicada e analisada até aqui e que refletem nas condições de vida e trabalho, na falta de aproximação dos serviços de saúde com o território do trabalhador onde a realidade se manifesta todos os dias, principalmente nos processos produtivos, nos determinantes e condicionantes da saúde do trabalhador, nos indicadores de doenças e acidentes. Ou mesmo no reconhecimento do usuário como trabalhador. Este é o contexto em que o trabalhador está imerso, há que se percorrer um caminho longo, sendo uma das premissas a mudança da cultura do modelo assistencial que está atrasado e que permeia o curativo devendo dar espaço ao que ao modelo que promove e gera autonomia aos usuários.

5 Conclusão

O desenvolvimento deste trabalho de pesquisa proporcionou confirmar a importância do tema pesquisado, principalmente desenvolvendo este o mais próximo do território do usuário da saúde, o trabalhador. Durante todo o estudo a saúde e o trabalho foram evidenciados de forma transversal, como direito fundamental, tendo relação direta com a dignidade da pessoa humana e o desenvolvimento do entorno do trabalhador.

O direito fundamental foi desenvolvido e estudado, primeiramente dentro da Declaração dos Direitos Humanos, de 1948, e depois dentro da Constituição Federal do Brasil (1988), como direito positivo. Tal direito fundamental também é evidenciado e construído através de Organizações Internacionais como OIT, OMS, OPAS, em que o Brasil é Estado membro, atuando na validação de normas internacionais criadas por estas e que teoricamente geram reflexos ao trabalhador brasileiro.

Na relação trabalho, saúde e a dignidade da pessoa humana ainda há um longo caminho a ser percorrido para que se tenha resultados positivos, há muitas leis, decretos, normativas, tratados nacionais ou internacionais, que evidenciam a proteção à saúde do trabalhador, mas que também necessitam do acesso aos serviços de saúde eficientes, universais, equitativos e resolutivos. Como afirmado, existe muita teoria, mas o fator implementação, ação, desenvolvimento, transformar em realidade estes aspectos citados ainda são falhos, pois falta a instrumentalização dos agentes que irão desenvolver tais normativas, leis entre outros.

Foi estudado aqui o desenvolvimento da PNSTT no município de São Borja, aproximando primeiro a realidade local ao tema, como exemplo o contexto socioeconômico da cidade e do trabalho/ trabalhador. Neste, os números revelam que 37% da população de São Borja vivem com menos de meio salário mínimo. Outra realidade é o contexto da morbimortalidade gerados pelos acidentes do trabalho e doenças no Brasil, no estado e, principalmente, no município com dados levantados entre 2014 e 2016.

Considerando que São Borja é município de fronteira, e território de abrangência de um dos CEREST do Rio Grande do Sul, localizado em Ijuí chamado Macro região Missioneira, este não possui dados sobre doenças e acidentes que acometem ao trabalhador. Tal CEREST possui dados somente da região treze de saúde, ao qual São Borja não faz parte.

O município estudado possui referência para tratamento e reabilitação dos trabalhadores acometidos por doenças ou acidentes, além de poder solicitar suporte para capacitação de suas equipes, mas este recurso não possui dados que demonstrem a situação do processo saúde/doença dos trabalhadores que atende, falando especificamente da região de São Borja. Neste contexto também é abordado o Pacto Pela Saúde de 2006 que abrange a saúde em territórios de fronteira e a necessidade do trabalho contínuo e esforços para organizar os serviços de saúde que se articulem municípios vizinhos.

A construção da base teórica proporcionou o conhecimento sobre a quantidade e qualidade de estudos e pesquisas referentes ao tema saúde do trabalho, documentos, normas, diretrizes, e que poderiam auxiliar no processo de desenvolvimento da política estudada, qualificando e instrumentalizando as ações e os agentes responsáveis pela saúde no município. Porém o que se observa é a não utilização de dados, estudos, teorias, métodos tanto por quem faz a gestão de recursos da saúde como quem viabiliza que as ações aconteçam.

Na construção teórica foi estudado os conceitos de saúde, doença e trabalho, instituições organizacionais, que criam normas internacionais validadas pelos países membros e utilizadas para certificar normas e leis locais, com abrangência no Estado. Gerando assim, governança dos territórios através das normas criadas, porém na maioria os casos o que se observa é que as ações ou políticas de governos são criadas sem consulta ou abertura para a participação social.

Além das instituições organizacionais surgem também instituições normativas que auxiliam a criação da PNSTT, mas que abordam de forma específica as diretrizes e competências que os gestores devem seguir para desenvolver as políticas criadas. Neste momento, aparece fortemente dentro do contexto do federalismo, a divisão de competências dos entes federados, normalmente com execução e implementação pelos municípios.

Desta forma a política estudada surgiu como Portaria, ou seja, ato do executivo direcionando diretrizes a serem executadas pelos gestores da saúde em níveis de competências (comuns, nacional, estadual e municipal). Estudada dentro do ciclo das políticas públicas, dentro da etapa da implementação *top down*, com tomadas de decisões no modelo incremental, onde não gera mudanças, não altera a forma de trabalho, de planejamento e de ações governamentais. Propriamente porque se defronta com decisões políticas que no momento não estavam voltadas a beneficiar a população usuária do serviço de saúde, mas sim a captação de votos e beneficiamento de parceiros políticos, onde nada se aproxima de gestão científica ou mesmo que reflita na qualidade dos serviços de saúde à população.

Em relação aos objetivos propostos neste estudo, é possível afirmar que eles foram atingidos visto que estavam voltados ao estudo de três populações criando uma base de dados para analisar o desenvolvimento da política ou mesmo entender o seu movimento dentro da área da saúde pública do município. O primeiro público pesquisado estava voltado ao nível estratégico e tático de decisões, ou seja, gestores, diretores, coordenadores de setores.

Como resultado relacionado aos gestores, diretores e coordenadores verificou-se a dificuldade de compreensão quanto ao cargo assumido, dentro de um contexto e cenário de eleições municipais, onde havia rotatividade de profissionais, comprometendo assim a assertividade de todo e qualquer planejamento. As decisões eram tomadas de forma centralizada no Secretário da Saúde, nada fugia a decisão deste, deixando muitas vezes diretores e coordenadores sem motivação de inovação ou de buscar melhorias nas suas ações, ou tentar mudanças que beneficiassem o setor. Outro fator verificado é a falta de formação técnica na área, que acaba prejudicando o desenvolver de planejar de ações, investimentos e direcionamento de recursos no setor.

Quando o recorte da pesquisa se aproxima das competências que o município, ou melhor, o gestor deverá executar para desenvolver a PNSTT a realidade que aparece é o desconhecimento destas, respectivamente das próprias ações e serviços ofertados à população, a falta de capacitação dentro da saúde do trabalhador para entendimento das ações básicas como planejamento, formulação de estratégias, formação e capacitação dos profissionais e comunidades para participação social. Desconhecimento e não desenvolvimento de perfil epidemiológico do trabalhador, da presença de empresas nos territórios e os riscos de adoecimento que podem trazer ao trabalhador e a comunidade e ao seu entorno.

Não há possibilidade de desenvolver uma política sem permear as próprias diretrizes desta, visto que muitas já são elencadas dentro da política principal da saúde a LOS 8080/1990, sendo a PNSTT transversal a esta, mas com direcionamento específico à população dos trabalhadores usuários dos serviços da atenção básica, de média e alta complexidade. Não há gestão voltada para a qualidade e resolutividade dos problemas de saúde apresentados através das demandas dos trabalhadores. Visto que, nem os gestores que estavam naquele momento foram capacitados para tal, e quando questionado o Secretário da Saúde sobre o desenvolvimento da política este argumentou que: *“o prefeito não tinha interesse”*.

A falta de interesse, de preparo ou de capacidade se reflete no segundo público alvo estudado, os profissionais da saúde. Atores que são os executores da política ou de qualquer política da saúde, chamados aqui em nosso estudo de burocratas de rua. Estes burocratas são

aqueles que convivem com as demandas dos usuários, neste caso do trabalhador, que desenvolve ou tenta desenvolver as diretrizes que estão nas políticas públicas elaboradas pelos formuladores que estão longe da realidade da porta de entrada dos serviços. E, é neste momento, que muitas vezes a finalidade ou objetivos da política não se concretizam.

Os trabalhadores da saúde apresentam como perfil estarem em seu maior número realizando seu trabalho em território central do município estudado, especificamente em serviço que não é porta de entrada da saúde, ou seja, estão na Vigilância Sanitária, trabalho com endemias, onde desenvolvem ações que não geram vínculo com as pessoas. Outra característica de perfil é a quantidade reduzida de profissionais em unidades de saúde da atenção básica que, pela situação socioeconômica local, necessitaria de equipe completa gerando resultados e buscando a intersetorialidade nas ações para soluções de problemas sociais, um exemplo é o ESF 07, localizado no bairro Paraboi, o qual possui a menor composição de equipe.

Verificado grande rotatividade de profissionais nas unidades de saúde estudadas desde o ACS até o médico, resultando na falta de criação de vínculo entre equipe e usuários para gerar promoção, proteção e prevenção da saúde dentro da realidade da comunidade inserida no território, com tantas trocas, isto se torna difícil de acontecer. Outra situação encontrada é o preenchimento de cargos com pessoas sem formação técnica na área de saúde, principalmente por parceiros políticos. Estes inseridos nas equipes como agentes fiscalizadores das ações destas e não para contribuir no planejamento das ações.

Segundo a PNAB (2012) uma das atribuições das equipes da atenção básica é a possibilidade de planejar sua organização e atendimento da demanda de acordo com a realidade do território gerando serviços como: consultas, visitas domiciliares, ações coletivas resultando em educação em saúde e promoção da saúde, procedimentos individuais que geram prevenção da saúde ou mesmo tratamento e reabilitação desta.

Porém com centralização das decisões no Secretário da Saúde também refletido nas decisões de cada equipe nos territórios, o resultado do trabalho ou planejamento era afetado. Esta situação foi detectada na observação simples realizada, sendo que o atendimento da demanda muitas vezes resultava somente na prestação de consulta, ou seja, a equipe da unidade voltada ao fator curativo para que cumprisse ações do governo eleitoreiro. Situação esta que deixava muitos profissionais desmotivados.

Deste modo não necessitava equipe completa, pois em muitos lugares chegava a faltar de três a quatro ACS ou este estava centralizado na unidade fazendo trabalho de agente operacional atendendo demanda burocrática no preenchimento de fichas e encaminhamento

para consultas e exames, saindo totalmente fora das atribuições do seu cargo. Outros profissionais que não estavam com carga horária completa na unidade de saúde e fazia revezamento entre duas unidades eram os técnicos em enfermagem, os enfermeiro, os odontólogos, o único profissional que não faltava era o médico, em alguns ESFs este profissional aparecia alocado com mais de um no mesmo local.

Quanto ao conhecimento das competências que o município deve executar para implementar a PNSTT aparecendo na maioria das questões aplicadas o desconhecimento do profissional da saúde. Este desconhecimento refletido nas situações como desenvolver ações e serviços, o profissional não sabe o que compõe estas. Não identificam coordenação na implementação da política, sendo que há uma coordenação centralizada na secretaria de saúde.

Os profissionais da saúde não identificam competências que chegam ser transversais com o SUS como planejar, definir estratégias, garantir fluxo de referência e contra-referência, alocar recursos, pactuar ações e serviços para gerar redes de atenção, gerar sistema de informação, notificação de casos de doenças e agravos que prejudicam a saúde do trabalhador usuário.

Quanto ao aspecto ou diretriz capacitação, desconhecem se ela ocorre e se há parceria entre o município, a SES e o CEREST para formar as equipes de saúde. Um fator de atenção é que desconhecem se há através gestão evidência de formação de programa de qualidade de vida para os mesmos.

Como o burocrata irá direcionar ações ou mesmo desenvolver competências que desconhece que não é preparado tecnicamente para executar, onde não há noção de resultados que deve alcançar. Não conseguirá levantar necessidades e ser resolutivo frente aos problemas dos trabalhadores usuários, identificando situações de risco ou mesmo serem assertivos com condições de trabalho estruturais e principalmente na busca da intersetorialidade.

Quanto à estrutura física e materiais, encontrou-se as unidades de saúde sucateadas, ou seja, sem material de uso na assistência ao usuário e material de expediente de uso burocrático. Na estrutura física especificamente, prédios com sujidade, infiltração, mofo, colocando os profissionais da saúde em situação de trabalho um tanto insalubre, correndo riscos de adoecimento.

Outro objetivo estava relacionado ao ator que recebe as ações e serviços da política pública, ou seja, o usuário trabalhador e como ele percebe estas. O perfil do usuário que frequenta as unidades da atenção básica, em específico os ESFs, possui nível de formação escolar até o nível médio incompleto, em sua maioria mulheres sendo que a política estudada

traz em sua base a questão do gênero; a grande maioria dos usuários desempregados, ou com vínculo de trabalho informal.

Este trabalhador procura os serviços de saúde para consultas, tratamento e ou reabilitação de doenças já instaladas, algumas delas dentro dos acidentes e ou doenças geradas no trabalho. Neste sentido a percepção do trabalhador ainda é a prestação do serviço curativo, centralizado no médico e nos exames diagnósticos. Talvez esteja intrínseca ao aspecto cultural de medicalização da saúde, a realidade da presença da doença que denota esta percepção ou a organização dos serviços de saúde disponibilizados ao trabalhador.

Este usuário que demonstra a percepção de que é atendido nas unidades como trabalhador, se contradiz, na maioria das respostas dadas de que nunca foi ou não é questionado pelos profissionais se é trabalhador. Isto reflete o desconhecimento do usuário de que há possibilidades de mudanças nos atendimentos prestados, na forma de acolher as demandas nos serviços de saúde e no planejamento da assistência direcionado ao mesmo, em detrimento da política criada para este.

O usuário trabalhador identifica a atividade da visita do ACS, como atividade mensal ou quinzenal, ou seja, muitos evidenciam que há a presença deste profissional em suas áreas fator que pode gerar o vínculo do cuidado. Não participam das ações coletivas, pois referem que não são convidados, ou que não há estas ações no território, ou mesmo, que não conseguem participar porque o horário em que é desenvolvido não contribui. Fator que poderia ser levantado como demanda gerando adaptação ao trabalhador.

Outra situação levantada é o desconhecimento quanto à participação social, a maioria dos usuários desconhece o Conselho Municipal de Saúde e refere que nunca participou. Um dos elementos formativos da política é a formação da comunidade para a participação social, e isto não acontece. Transparecendo a falta de informação e formação da coletividade para a busca do direito de acordo com a sua realidade. Tal usuário desconhece desde a importância da Qualidade de Vida no Trabalho quanto o resultado que a falta desta pode gerar como doenças psicológicas e físicas, além de acidentes.

Por fim, não há uma implementação plena da PNSTT no município, aparecendo sim falhas na gestão, com decisões incrementais, para ações dentro da própria política do SUS no que se relaciona a saúde do trabalhador, ou seja, nada que gere alterações ou que tire a gestão e os profissionais da situação daquele momento.

Não há planejamento efetivo que direcione ações concretas ao trabalhador usuário da atenção básica no município, pois além do que está elencado como competências para o município realizar outros aspectos são necessários como forma de organização. Tais aspectos

são elencados como: prover capacitação dos gestores e profissionais da saúde (burocratas que implementam as políticas), dimensionar recursos humanos suficientes e com formação na área técnica da saúde, prover recursos estruturais e financeiros específicos, vontade política, processo de comunicação eficaz, planejamento estratégico, tático e operacional, formação da comunidade para participação social, humanização, ou seja o usuário como protagonista das ações de saúde e dos resultados desta.

Propõe-se aqui a continuidade dos estudos direcionados a este tema, evidenciando a formação da comunidade para participação social e a busca do direito que a PNSTT gera ao trabalhador. E desta forma, através dos resultados aqui apresentados é formulado um produto técnico prescritivo que possa ser utilizado para a formação de comunidades e participação dos profissionais da saúde dentro dos territórios estudados: Matriz FOFA, grupo de pesquisa realizando intersectorialidade entre Universidade, representantes da saúde e coletividade, voltado às políticas sociais (saúde e trabalho), gerando fóruns comunitários da saúde do trabalhador.

6 Referências

ALVARENGA, R. **A organização Internacional do Trabalho e a proteção aos direitos humanos do trabalhador.** 2007. UFSC. Disponível em <http://egov.ufsc.br/portal/sites/default/files/copia_de_vjklm-170407a.pdf> acessado em 02 dezembro de 2016.

ARRETCHE, M. Federalismo e Políticas Sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia. **São Paulo em Perspectiva**, 18 (s): 17-26, 2004.

BRASIL. Decreto 7602 , 7 de novembro de 2011. Política nacional de saúde e segurança no trabalho. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil.** Brasília, DF, 8 nov, 2011. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7602.htm> acessado em 05 de agosto de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. CONASS. **Progestores: Para entender a gestão do Sus.** Brasília, DF, 2003. disponível em <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao.pdf> acessado em 05 de agosto de 2016.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Plano Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho.** 2012. Disponível em <http://acesso.mte.gov.br/data/files/8A7C816A38CF493C0138D93B373B08C8/PLANSAT_2012.pdf> acessado em janeiro de 2016.

BRASIL. Constituição Federal. 1988. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm> acessado em janeiro 2016.

BRASIL. **Convenções OIT.** MTE. Brasília, 2002. Disponível em <http://acesso.mte.gov.br/data/files/FF8080812BCB2790012BD507F4816CAA/pub_cne_convencoes_oit.pdf> acessado em 20 de dezembro de 2016.

BRASIL. Decreto 8636, de 13 de janeiro de 2016. Brasília, DF. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2016/Decreto/D8636.htm> acesso em 27 de julho de 2016.

BRASIL. Doenças relacionadas ao trabalho Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde. Representação da OPAS/OMS no Brasil. Brasília, 2001. Disponível em < <http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/op000022.pdf> > acessado em 20 de dezembro de 2016.

BRASIL. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações.** Representação da OPAS/OMS no Brasil. Brasília, 2002. Disponível em < <http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/op000026.pdf> > acessado em 20 de dezembro de 2016.

BRASIL. Lei 8080, outubro 1990. **Lei Orgânica da Saúde.** Disponível em < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm > acessado em janeiro de 2016.

BRASIL. **Lei 8142**, de 28 de dezembro de 1990. Brasília, DF Disponível em < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm > acesso em 27 de julho de 2016.

BRASIL. **Ministério da Previdência Social.** Anuários Estatísticos de Acidente de Trabalho. Ministério da Fazenda , Brasília, 2015. Disponível em <http://www.previdencia.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/aeat15.pdf> acessado em 10 de dezembro de 2017.

BRASIL. **Ministério da Previdência Social.** Anuários Estatísticos de Acidente de Trabalho. Ministério da Fazenda , Brasília, 2016. Disponível em <<http://www.previdencia.gov.br/wp-content/uploads/2018/04/AEAT-2016.pdf>> acessado em 10 de dezembro de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica n 5: **Saúde do trabalhador.** Brasília, 2002. Disponível em <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/cd03_12.pdf> acessado em 20 de janeiro 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Saúde do Trabalhador: **Legislação.** Brasília, DF, 2001. Disponível em <http://www.saude.sc.gov.br/SaudeTrabalhador/Caderno%20ST%20-%20Legisla%E7%E3o.pdf> acesso em 05 de agosto de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 1823/2012. **Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.** Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/web_4cnst/docs/Portaria_1823_12_institui_politica.pdf > acessado em 20 de janeiro de 2016.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Estratégia Nacional para Redução dos Acidentes do Trabalho 2015- 2016.** Brasília, 2015. Disponível em <<http://acesso.mte.gov.br/data/files/FF8080814D5270F0014D71FF7438278E/Estrat%C3%A>

[9gia%20Nacional%20de%20Redu%C3%A7%C3%A3o%20dos%20Acidentes%20do%20Trabalho%202015-2016](#)> acessado em 10 de dezembro 2016.

BRASIL. **Plano Nacional de Saúde e Segurança no Trabalho. MTE. 2012.** Disponível em <
<
http://www.anamt.org.br/site/upload_arquivos/arquivos_diversos_2102014153407055475.pdf
> acessado em 20 de dezembro de 2016.

BRASIL. **Política Nacional da Atenção Básica.** Brasília, 2012. Disponível em <
<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf> > Acessado em 15 de abril 2017.

BRASIL. **Política Nacional de Humanização.** Brasília 2013. Disponível em<
<http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/humanizaus/sobre-o-programa>> acessado em 15 de dezembro de 2017.

BRASIL. Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador. MTE/MPS/MS. Brasília, 2004. Disponível em <
http://www.previdencia.gov.br/arquivos/office/3_081014-105206-701.pdf > acesso em 27 de dezembro de 2016

BRASIL. Portaria 1125, 06 de julho de 2005. Política de Saúde do Trabalhador para o SUS. . **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil.** Brasília, DF, 07 jul, 2005. Disponível em <
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1125_06_07_2005.html. acessado em 05 de agosto de 2016.

BRASIL. Portaria 123, de 21 de março de 2014. Brasília, DF. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil.** N 56. p. 45. Disponível em <
<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/servlet/INPDFViewer?jornal=1&pagina=45&data=24/03/2014&captchafield=firistAccess> > acesso em 27 de julho de 2016.

BRASIL. Portaria 1339, 18 de novembro de 1999. Lista de doenças relacionadas ao trabalho. . **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 18 nov., 1999.** Disponível em<
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1999/prt1339_18_11_1999.html> acessado em 05 de agosto de 2016.

BRASIL. Portaria 152, 13 de maio de 2008. Institui a Comissão Tripartite de Saúde e Segurança no trabalho. . **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil.** Brasília, DF, 14 maio, 2008. Disponível em <
http://www.normaslegais.com.br/legislacao/portaria_interministerial152_2008.htm> acessado em 05 de agosto 2016.

BRASIL. Portaria 1679, 19 de setembro de 2002. Estruturação da rede nacional de atenção integral à saúde do trabalhador no SUS. [Diário Oficial \[da\] República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 20 set, 2002.](#) Disponível em <http://ftp.medicina.ufmg.br/osat/legislacao/Portaria_1679_12092014.pdf> acessado em 05 de agosto de 2016.

BRASIL. Portaria 1823 23 de agosto de 2012. Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. . [Diário Oficial \[da\] República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 24 agosto, 2012.](#) Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/web_4cnst/docs/Portaria_1823_12_institui_politica.pdf> acessado em 18 de julho de 2016.

BRASIL. Portaria 4279, de 30 de dezembro de 2010. Brasília, DF. Disponível em <http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html> acessado em 18 de julho de 2016.

BRASIL. **Primeira Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador.** Conselho Nacional de Saúde. 1986. Disponível em <<http://www.cntsscut.org.br/sistema/ck/files/conferencia/cnts1.pdf>> acessado em 10 de dezembro de 2016.

BRASIL. **Promovendo o Trabalho Decente e o Desenvolvimento Sustentável: O Brasil na 96ª Conferência Internacional do Trabalho na OIT.** Caderno de Relações Internacionais. Volume V. Brasília. DF. 2007. Disponível em <HTTP://acesso.mte.gov.br/data/files/FF8080812BCB2790012BD4F6510937D1/pub_revistaV.pdf> acessado em 2 de dezembro de 2016.

BRASIL. **Quarta Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador.** Conselho Nacional de Saúde. 2012. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/web_4cnst/docs/Documento_Orientador.pdf> acessado em 20 de dezembro de 2016.

BRASIL. **Segunda Conferência Nacional de Saúde.** Conselho Nacional de Saúde. 1994. Disponível em <<http://www.cntsscut.org.br/sistema/ck/files/conferencia/cnts2.pdf>> acessado em 10 de dezembro de 2016.

BRASIL. Série Pacto pela Saúde: **Pacto pela vida, em defesa do SUS e de gestão.** Volume 1. Brasília. 2006. Disponível em <<http://conselho.saude.gov.br/webpacto/index.htm>> acessado em 18 de julho de 2016.

BRASIL. **Terceira Conferência Nacional da Saúde do Trabalhador**. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, 2005. Disponível em < http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/trabalhar_sim_adoeecer_nao.pdf> acessado em 10 de dezembro de 2016.

BREVIOLIERO, E.; POSSEBON, J.; ESPINELLI, R. **Higiene ocupacional: agentes biológicos, químicos e físicos**. 6 ed. São Paulo. Senac: 2011.

CAPELLA, A. **Perspectivas teóricas sobre o processo de formulação de políticas públicas**. Políticas Públicas no Brasil. Rio de Janeiro, Fiocruz, pp. 87-122, 2007.

CARNEIRO, H. Guerra dos Trinta Anos In: MAGNOLI, D. **História das guerras**. São Paulo: Editora Contexto, 2010. Disponível em < <https://www.google.com.br/search?sourceid=chrome-psyapi2&ion=1&espv=2&ie=UTF-8&q=hist%C3%B3ria%20das%20guerras%20pdf&oq=hist%C3%B3ria%20das%20guerras%20pdf&aqs=chrome..69i57j0l5.8966j0j8> > acessado em 17 de setembro de 2016.

CEREST. Centro de Referência à Saúde do Trabalhador Missioneiro. Ijuí. Disponível em < <http://www.cerestijui.com/publicacao-1346-ocerest.fire> > acesso em 27 de julho de 2016.

CHIAVENATO, I. **Administração Geral e Pública**. 3 ed. São Paulo: Manole, 2012.

CHIAVENATO, I. **Gestão de Pessoas: o novo papel dos recursos humanos nas organizações**. 1 ed. Campus, Rio de Janeiro, 1993.

CHIAVENATO, I. **Teoria Geral da Administração**. 4 ed. São Paulo: Makron Books, 1993.

COREDE. Fronteira Oeste: **Planejamento estratégico (2010-2020)**. 2010. Disponível em < <http://www2.al.rs.gov.br/forumdemocratico/LinkClick.aspx?fileticket=vfr0AWuoGM4%3D> > acessado em 27 de julho 2016.

COREDE. Pró- RS IV: **Propostas estratégicas para o desenvolvimento regional do Estado do Rio Grande Do sul (2011-2014)**. 2010. Disponível em < <http://www2.al.rs.gov.br/forumdemocratico/LinkClick.aspx?fileticket=ZLSG7-e8ceE%3D&tabid=5363&mid=7972>> acessado em 27 de julho 2016.

DALLABRIDA, V. Governança territorial: do debate teórico à avaliação da sua prática. **Análise Social**, p. 304-328, 2015. Disponível em < http://analisesocial.ics.ul.pt/documentos/AS_215_a04.pdf > acessado em 02 de dezembro de 2016.

DATASUS. M. S **Cadastro nacional de estabelecimentos de saúde por município gestor**. Maio de 2016. Disponível em < <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/atencrs.def> > acessado em 20 de julho de 2016.

DATASUS. M.S. **Cadastro nacional de estabelecimentos de saúde região de saúde e município**. Maio de 2016. Disponível em < <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/atencrs.def> > acessado em 20 de julho de 2016.

DELGADO, M. Direitos Fundamentais nas relações de trabalho. **Revista de Direitos e Garantias Fundamentais** - nº 2, 2007. Disponível em < https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5&q=O+trabalho+e+a+dignidade+humana&btnG=> > acessado em 20 de novembro de 2017.

DIAS, E. C; SILVA, T.L. _Contribuições da Atenção Primária em Saúde para a implementação da Política Nacional de Saúde e Segurança no Trabalho (PNSST). **Rev. Bas. Saúde Ocup.** V.38, São Paulo jan./jun. 2013. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572013000100007 > > acessado em 15 de junho de 2016.

DIAS,E. RIGOTTO,R. AUGUSTO,L. CANCIO,J. HOEFEL,M. Saúde ambiental e saúde do trabalhadora na atenção primária à saúde, no SUS: oportunidades e desafios. **Ciência e Saúde Coletiva**. Vol. 14, núm. 6, dezembro, 2009, pp. 2061-2070. Disponível em< <http://www.redalyc.org/pdf/630/63012431011.pdf>> acessado em 10 de julho de 2017.

DYE, T. **Mapeamento dos modelos de análise de políticas públicas**. In: HEIDEMANN, F; SALM, José F; GUIMARÃES, T. Políticas públicas e desenvolvimento: bases epistemológicas e modelos de análise. Editora UnB, 2006.

FACHIN, O. **Fundamentos de metodologia**. 5 ed. São Paulo: Saraiva, 2006.

FERREIRA, C. DIAS G. FRANCISCON, I. MOTA, J. OLIVEIRA T. **Organização Mundial da Saúde: guia de estudos**. SINUS. 2014. Disponível em < <http://sinus.org.br/2014/wp-content/uploads/2013/11/OMS-Guia-Online.pdf>> acessado em 20 de dezembro de 2016.

LIMA, L. D' ASCENZI, L. O papel da burocracia de nível de rua na implementação e (re)formulação da Política Nacional de Humanização dos serviços de saúde de Porto Alegre (RS). **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro 51(1):46-63, jan. - fev. 2017.

Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-76122017000100046&script=sci_abstract&lng=pt> acessado em abril de 2018.

FREY, K. Políticas públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. **Planejamento e políticas públicas**, n. 21, jun de 2000.

GADELLA, C.A.G; COSTA,L. **Integração de Fronteira: a saúde no contexto de uma política nacional de desenvolvimento**. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro. 23 sup. 2: 5224-5226. 2007. Disponível em < <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v23s2/10.pdf> > acessado em 18 de julho 2016.

GELINSKI, C. SEIBEL, E. **Formulação de políticas públicas: questões metodológicas importantes**. Rev. Ciências Humanas, V. 42, Santa Catarina, Abril e Outubro 2008 Disponível em < <https://periodicos.ufsc.br/index.php/revistacf/article/view/2178-4582.2008v42n1-2p227>> acessado em 05 de agosto de 2016.

GIL, A.C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GOMES, A. ZORZI, F. Cultura, práticas e saberes no trabalho desenvolvido na Pastoral da Saúde e a relação com a Política Pública de Saúde. **RELACult - Revista Latino-Americana de Estudos em Cultura e Sociedade**, [S.l.], v. 3, dez. 2017. ISSN 2525-7870. Disponível em: <<http://periodicos.claec.org/index.php/relacult/article/view/471/283>>. Acessado em: 02 de maio 2018. doi:<http://dx.doi.org/10.23899/relacult.v3i3.471>.

GOTTEMS, L. PIRES, M. O modelo dos múltiplos fluxos de Kingdon na análise de políticas de saúde no Brasil: aplicabilidades, contribuições e limites. In: 2 Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde, Belo Horizonte, 2013. **Anais eletrônicos**, Belo Horizonte, 2013. Disponível em < <http://www.politicaemsaude.com.br/anais/orais/036.pdf>> acessado em 05 de agosto de 2016

HELOANI, R. Assédio moral – um ensaio sobre a expropriação da dignidade no trabalho. **RAE-eletrônica**, v. 3, n. 1, Art. 10, jan./jun. 2004. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/raeel/v3n1/v3n1a12>> acessado em 10 dezembro de 2017.

HOFLING, E. Estado e políticas (públicas) sociais. **Cadernos Cedes**, ano XXI, nº 55, novembro/2001.

IBGE Cidades. Arranjo populacional. disponível em <ftp://geofp.ibge.gov.br/organizacao_do_territorio/tipologias_do_territorio/arranjos_populacionais/mapas_2ed/mapa123.pdf> acessado em março de 2018.

IBGE Cidades. Dados socioeconômicos. disponível em <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/sao-borja/panorama>> acessado em março de 2018.

IBGE. **Histórico d o Município de São Borja**. 2010. Disponível em <<http://www.cidades.ibge.gov.br/painel/historico.php?lang=&codmun=431800&search=||infogr%E1ficos:-hist%F3rico>> acesso em 20 de julho de 2016.

IPEA. **Saúde e Segurança no Trabalho no Brasil: aspectos Institucionais, sistemas de Informação e Indicadores**. Fundacentro. Brasília. 2011. Disponível em <http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=10807> acessado em junho de 2017.

JACKSON, R.; SORENSEN, G. **Introdução às relações internacionais**. Rio de Janeiro: Zahar, 2007. Capítulo 1, “Por que estudar RI?”, pp.19-55.

LACAZ, F. COSTA, D. FILHO, J. VILELA. R. Saúde do Trabalhador no SUS: desafios para uma política pública. **Rev. bras. Saúde ocup.**, São Paulo, 38 (127): 11-30, 2013. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rbso/v38n128/03.pdf>> acessado em outubro de 2016.

LOURENÇO, E. LACAZ, F. Os desafios para a implementação da Política de Saúde do Trabalhador no SUS: o caso da região de Franca-SP. **Rev. bras. Saúde ocup.**, São Paulo, 38 (127): 44-56, 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572013000100008> acessado em março de 2016.

LARA.R. Saúde do trabalhador: considerações a partir da crítica da economia política. **R. Katál.**, Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 78-85, jan./jun. 2011. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rk/v14n1/v14n1a09.pdf>> acessado em 10 de dezembro de 2017

LERNER, L. Convenção da diversidade biológica. Compromissos assumidos e resultados produzidos pelo Brasil. In: Terceiro encontro da ANNPAS. **Anais: PROCAN- USP**, Brasília, DF. 2006. Disponível em <http://www.anppas.org.br/encontro_anual/encontro3/> acessado em 05 de agosto de 2016.

LERNER, L. Convenção da diversidade biológica. Compromissos assumidos e resultados produzidos pelo Brasil. In: Terceiro encontro da ANNPAS. **Anais: PROCAN- USP**, Brasília, DF. 2006. Disponível em <http://www.anppas.org.br/encontro_anual/encontro3/> acessado em 05 de agosto de 2016.

LESSA, G. KUELHKAMP, V. ERDMANN, A. ANDRADE, S. Análise de políticas públicas de saúde: revisão narrativa. **Cogitare**, V. 20, Santa Catarina, 2014. Disponível em <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/36885>> acessado em 05 de agosto de 2016.

LIMA, L. D' ASCENZI, L. O papel da burocracia de nível de rua na implementação e (re) formulação da Política Nacional de Humanização dos serviços de saúde de Porto Alegre (RS). **Revista de administração pública**. Rio de Janeiro 51(1):46-63, jan. - fev. 2017. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rap/v51n1/0034-7612-rap-51-01-00046.pdf>> acessado em abril 2018.

LIMA, N. O Brasil e a Organização Pan-Americana da Saúde: uma história de três dimensões. In: FINKELMAN, J. (org.). **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Fiocruz. 2002. Disponível em <<http://static.scielo.org/scielobooks/sd/pdf/finkelman-9788575412848.pdf>> acessado em 27 de dezembro de 2016.

LIMA, W. Política pública: discussão de conceito. **Interface**. Ed. 5, outubro, 2012. Disponível em <http://revista.uft.edu.br/index.php/interface/article/view/370> acessado em 05 de agosto de 2016.

LOTTA, G. **Implementação de Políticas Públicas: o impacto dos fatores relacionais e organizacionais sobre a atuação dos Burocratas de Nível de rua no Programa de Saúde da família**. Universidade de São Paulo – USP. 2010. Disponível em <https://scholar.google.com.br/scholar?lookup=0&q=.+Implementa%C3%A7%C3%A3o+de+Pol%C3%ADticas+P%C3%ABlicas:+o+impacto+dos+fatores+relacionais+e+organizacionais+sobre+a+atua%C3%A7%C3%A3o+dos+Burocratas+de+Nível+de+rua+no+Programa+de+Sa%C3%BAde+da+fam%C3%ADlia.&hl=pt-BR&as_sdt=0,5> acessado em abril de 2018.

LOURENÇO, E. LACAZ, F. Os desafios para a implantação da política de Saúde

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de Metodologia científica**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2007.

MARQUES, N. **O direito à saúde no Brasil: entre a norma e o fato**. Porto Alegre: Nuria Fabris, 2012.

MENDES, J. WÜNSCH D. MACHADO, F. GIONCO, C. MARTINS, J. A saúde do trabalhador na região de fronteira do RS: a experiência do diagnóstico situacional. **Pensamento Americano**. Vol. 9 - No. 16. 2016 Disponível Em <http://www.coruniamericana.edu.co/publicaciones/ojs/index.php/pensamientoamericano/article/view/344/308> acessado em fevereiro de 2018.

MILLÃO L. FIGUEIREDO, M. **Enfermagem em saúde coletiva**. V 1. São Paulo: Editora Difusão, 2012.

NUNES, E. **A gramática política do Brasil**. Clientelismo e insulamento burocrático Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2003.

OIT. Bureau Internacional do Trabalho. **A OIT: origens, funcionamento e actividade**. BIT. 2006. Disponível em < http://www.ilo.org/public/portugue/region/eurpro/lisbon/pdf/o_que_oit.pdf > acessado em 10 de dezembro de 2016.

OIT. Bureau Internacional do Trabalho. Diálogo Social. Conferência Internacional do Trabalho, 102.^a Sessão. Genebra 2013. Disponível em < http://www.ilo.org/public/portugue/region/eurpro/lisbon/pdf/cit102_rel6_dialogo_social.pdf > acessado em 20 de dezembro de 2016.

OIT. Declaração a OIT Sobre Justiça Social para uma Globalização Justa. **97 Conferência Internacional do Trabalho**. Genebra, 10 de Junho de 2008. Disponível em < http://www.ilo.org/public/portugue/region/eurpro/lisbon/pdf/resolucao_justicasocial.pdf > acessado em 10 de dezembro de 2016.

OLIVEIRA, A. **Políticas públicas educacionais: conceito e contextualização numa perspectiva didática**. In: OLIVEIRA, A; PIZZIO, A.; FRANÇA, G. Fronteiras da educação: desigualdades, tecnologias e políticas. PUC, Goiás, 2010. Disponível < http://www.aedmoodle.ufpa.br/pluginfile.php?file=%2F169363%2Fmod_resource%2Fcontent%2F2%2FOLIVEIRA-Po%2FC3%83-ticas%20p%2FC3%83%20BAblicas%20educacionais....pdf > acesso em 05 de agosto de 2016.

OLIVEIRA, S. reforma trabalhista de 2017: percepções dos empregadores e trabalhadores do Sul Catarinense. Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC. 2017. Disponível em < <http://repositorio.unesc.net/bitstream/1/5841/1/Sabrina%20Euz%20C3%A9bio%20de%20Oliveira.pdf> > acessado em abril, 2018.

OMS. **Ambientes de trabalho saudáveis: um modelo para a ação**. Para empregadores, trabalhadores, formuladores de políticas e profissionais: tradução do Serviço Social da Indústria. Brasília. SESI/ DN. 2010.

OMS. **Documento base**. 48 edição. 2014. Disponível em < <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf> > acessado em 20 de dezembro de 2016.

OMS. **Salud de los trabajadores: plan de acción mundial**. 60ª asamblea mundial de la salud. 2007. Disponível em < http://www.who.int/occupational_health/WHO_health_assembly_sp_web.pdf?ua=1 > acessado em 20 de dezembro de 2016.

ONU. **Declaração dos Direitos Humanos**. UNIC. Rio de Janeiro. 2009. Disponível em < <http://www.onu.org.br/img/2014/09/DUDH.pdf> > acessado em 02 de dezembro de 2016.

OPAS. **Portfólio OPAS**. OPAS/OMS. 2015. Disponível em < http://www.paho.org/BRA/images/stories/GCC/portifolio_2015_web_final.pdf?ua=1 > acessado em 2 de dezembro de 2016.

PAIVA, C. TEIXEIRA, L. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e atores. **História, Ciências e Saúde – Manguinhos**. V. 2. Rio de Janeiro, jan- março de 2014. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n1/0104-5970-hcsm-21-1-00015.pdf> > acesso em 05 de agosto de 2016.

PONTE, A. RIGOTTO, R. Saúde do Trabalhador e Saúde Ambiental: potencialidades e desafios da articulação entre universidade, SUS e movimentos sociais. **Rev. bras. Saúde ocup.**, São Paulo, 39 (130): 161-174, 2014. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0303-76572014000200161&script=sci_abstract > acessado em 10 de abril de 2017.

PREVITALE, V. **O desmantelamento das políticas de saúde do trabalhador no Brasil**. CUT. 2016. Disponível em < <https://www.cut.org.br/artigos/o-desmantelamento-das-politicas-de-saude-do-trabalhador-no-brasil-bf9> > Acessado em 10 de abril de 2018.

REIS, D. ARAÚJO, E. CECÍLIO, L. Políticas públicas de saúde no Brasil: SUS e pactos pela saúde. Módulo político gestor- **UNA-SUS**. Unifesp. Sem data. Disponível em < http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_4.pdf > acessado em 05 de agosto de 2016.

RIO GRANDE DO SUL. Secretária Estadual da Saúde. **12 Coordenadoria de Saúde**. Santo Ângelo. Disponível em < [http://www.saude.rs.gov.br/lista/169/12%C2%AA_CRS_\(Santo_%C3%82ngelo\)](http://www.saude.rs.gov.br/lista/169/12%C2%AA_CRS_(Santo_%C3%82ngelo)) > acesso em 20 de julho de 2016.

RUAS, M. (1997). **Análise de Políticas Públicas: Conceitos Básicos**. Washignton, DC: Indes/BID. Texto digitado. Disponível em < http://www.clebertoledo.com.br/blogs/gestaopublica/administracao/files/files/pol_publicaS_Gra%C3%A7aRUA.pdf >

SAMPAIO, J.; GALASSO, L.; RIBEIRO, S. **Stress e trabalho**. 4 ed. Atlas. São Paulo, 2012.

SANTOS, L. O modelo de atenção à saúde se fundamenta em três pilares rede regionalização e hierarquização. Blog Direito Sanitário: Saúde e Cidadania. 2011. Disponível em < <http://blogs.bvsalud.org/ds/2011/09/15/o-modelo-de-atencao-a-saude-se-fundamenta-em-tres-pilares-rede-regionalizacao-e-hierarquizacao/>> acesso em 25 de julho de 2016.

SÃO BORJA. **Plano Municipal de Saúde**, Secretaria da Saúde, 2014-2017.

SARAVIA, E. Introdução à teoria da política pública. In: SARAVIA, Enrique; FERRAREZI, Elisabete. (Orgs.). **Políticas públicas**, Brasília: ENAP, v. 1, p. 21-42, 2006.

SARLET, W. A dupla dimensão objetiva e subjetiva, a multifuncionalidade e a classificação dos direitos e garantias fundamentais. In: SARLET, Ingo Wolfgang; MARINONI, Luiz Guilherme; MITIDIERO, Daniel. **Curso de Direito Constitucional**. 6.ed. São Paulo: Saraiva, 2017. p. 346-377.

SARLET, W. As dimensões da dignidade da pessoa humana: construindo uma compreensão jurídico-constitucional necessária e possível **Revista Brasileira de Direito Constitucional** – RBDC n. 09 – jan./jun. 2007. Disponível em < <http://www.esdc.com.br/seer/index.php/rbdc/article/view/137/131>> acessado em 20 de novembro de 2017.

SARLET, W. **Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais na Constituição da República de 1988**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2010.

SCLIAR, M. **História do Conceito de Saúde**. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17(1):29-41, 2007. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/%0D/physis/v17n1/v17n1a03.pdf> > acesso em 18 de julho 2016.

SECCHI, L. **Políticas Públicas: Conceitos, esquemas de análise, casos práticos**. 2 ed. São Paulo: Cengage Learning, 2015.

SERTEK, P. GUIDANI, R. MARTINS, T. **Administração e Planejamento Estratégico**. Curitiba: Ibpex, 2007.

SILVA, J. A flexibilização da jornada de trabalho e seus reflexos na saúde do trabalhador. *Revista do Tribunal Regional do Trabalho da 15ª Região*, n. 42, 2013. Disponível em <

http://www.csjt.jus.br/c/document_library/get_file?uuid=c983128d-e9fc-42dc-8501-0b25d52f1d68&groupId=955023> acessado em maio de 2018.

SOUTO, D. **Saúde no trabalho: uma revolução em andamento**. 2 ed. Rio de Janeiro: Sesc, 2011.

SOUZA, C. Federalismo, desenho constitucional e instituições federativas no Brasil pós-1988. Curitiba, Revista Sociologia Política, n24, jun/2005, pp. 105-121. Disponível em: **Rev. Sociol. Polit.** no.24 Curitiba June 2005. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-44782005000100008>> acessado em novembro de 2016.

SOUZA, C. Políticas públicas: uma revisão da literatura. Sociologias. vol. 8, n. 16, p. 20-46, 2006.

SOUZA, C. Políticas Públicas: Conceitos, Tipologias, e Sub-Áreas. 2002 . Disponível em <<http://professor.pucgoias.edu.br/SiteDocente/admin/arquivosUpload/3843/material/001-%20A-%20POLITICAS%20PUBLICAS.pdf>> acessado em 05de agosto de 2016.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde , 2002.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. **Desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde: aspectos históricos, conceituais, normativos e diretrizes**. Belo Horizonte, 2010. Disponível em <http://www.saude.rs.gov.br/upload/1337000708_Desenvolvimento%20de%20A%C3%A7%C3%B5es%20de%20Sa%C3%BAde%20do%20Trabalhador.pdf > acessado em 18 de julho de 2016.

WARCOWICZ,M. Segurança, saúde e ergonomia. 20 ed. Curitiba: IBPEX, 2007

ZORZI, F, GOMES, A. Constituições do Brasil República: o trabalhador como cidadão de direito à saúde . Apresentado no **IX Congresso Latino-americano de Ciência Política**, Organizado pela Associação Latino-americana de Ciência Política- ALACIP. Montevideo, 2017. Disponível em <<http://www.congresoalacip2017.org/site/anaiscomplementares2#F>> acessado em 15 de abril de 2018.

ZORZI, F. GOMES,A. Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador. In: CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR DE CIÊNCIAS HUMANAS. 2017. **Anais II INTERCON**. Unipampa. São Borja: 2017, p. 660 a 670. Disponível em <<https://cointerunipampa.files.wordpress.com/2018/03/7-caderno-de-trabalhos-gt-polc3adticas->

[pc3bublicas-e-democracia-na-amc3a1erica-latina-docx.pdf](#)> acessado em 15 de abril de 2018.

ZORZI, F. OLIVEIRA, L. MAGALHÃES, R. Gênero e política de saúde: a participação das mulheres nos ESFs. In: SEMINÁRIO (DES) FAZENDOSABERES NA FRONTEIRA, 2017. **E-Book: 1ºSeminário(Des)Fazendo Saberes na Fronteira:Identidade,Diversidade e Direitos Humanos.** Unipampa. São Borja, 2018. Disponível em <<https://www.dropbox.com/sh/crgsthovangtm82/AADToksMW6LYFUAME1qHggENa?dl=0&preview=E-book-I-Semin%C3%A1rio-Des-Fazendo-Saberes-na-Fronteira-UNIPAMPA-Copia.pdf>> acessado em 30 de abril de 2018.

ZORZI, F. PINTO, M. Sistema de saúde da fronteira (São Borja): organização da atenção à saúde voltada ao trabalhador no contexto fronteiriço. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE CIÊNCIAS SOCIAIS- CIÊNCIA POLÍTICA. 2016. **Anais: IV Buscando o Sul.** Unipampa. São Borja: 2016, p.1 a 15. Disponível em <<https://drive.google.com/file/d/0BxmEsb3eg3XAbThXMVhuRjllN28/view>> acessado em 30 de abril de 2018.

ZORZI, F. SAMPAIO, T. Sistema de saúde no Brasil e a formulação da política pública nacional de saúde do trabalhador e da trabalhadora. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE CIÊNCIAS SOCIAIS- CIÊNCIA POLÍTICA. 2016. **Anais: IV Buscando o Sul.** Unipampa. São Borja: 2016, p.1 a 15. Disponível em <<https://drive.google.com/file/d/0BxmEsb3eg3XAYW5FWFhYd0VWQXc/view>> acessado em 30 de abril de 2018.

APÊNDICE A – Descrição das unidades de saúde da atenção básica do município visitadas para a técnica de observação simples e posterior aplicação do questionário:

- a) ESF 1: (Ernesto Dornelles): A referida unidade de saúde tem abrangência nas vilas Ernesto Dornelles, Arno Andres, Progresso, Arneldo Matter, Mario Roque Weis. Atende aproximadamente 5.000 pessoas, os profissionais da saúde entrevistados não sabem exatamente quantas pessoas e ou famílias estão cadastradas, fato que se deve ao território possuir sete microáreas e uma delas estava sem agente comunitário de saúde);
- b) ESF 2: (Airton Carneiro Vicentinos): Vicentinos e Porto do Angico , possui em seu território seis microáreas. No entanto, somente quatro microáreas são visitadas por Agentes Comunitários de Saúde (ACS), aproximadamente 4.000 pessoas cadastradas;
- c) ESF 3: Pelayo Moraes de OLEA- Santa Rosa: abrangência Santa Rosa e Pró Morar II, possui cinco microáreas, duas delas sem o acompanhamento do ACS, aproximadamente 4000 pessoas cadastradas;
- d) ESF 4: Ovídio Loureiro- Itacherê. Abrangência: Itacherê, Aeroporto, e vila Ambú IV. Possui sete microáreas em seu território, porém somente cinco com cobertura de ACS. Aproximadamente 5.400 pessoas, ou 1.000 famílias.
- e) ESF 5: Ricardo Pinheiro: área de abrangência Passo, Pró-Morar I, Vila da Praia, Porto do Angico I. Possui cinco microáreas e todas com presença de ACS. Sem dados sobre número de pessoas atendidas;
- f) ESF 6: Emílio Tróis da Motta: abrangência território do bairro Bairro Vista, parte Florêncio Guimarães, São João Batista, Maria do Carmo. Possui território com oito microáreas, destas somente cinco possuem visita de ACS. Aproximadamente 5000 pessoas cadastradas, ou 1440 famílias.
- g) ESF 7: Pedro Marchezan- Paraboi: abrangência bairro Paraboi e parte da vila Florêncio Guimarães. Sete microáreas em seu território, porém somente quatro possuem atendimento do ACS. Sem dados de pessoas cadastradas (segundo enfermeira estavam trocando sistema e pela falta de ACS, não tinham dados atualizados).
- h) ESF 8: Vila Goulart. Abrangência Vila Goulart, Pirahy, Vula Kilka, Vila das Pontes e Santos Reis. Sem dados de população cadastrada, possui território com seis microáreas e todas com presença do ACS;

- i) ESF 9: Vila Esther: Abrangência Vila Bettim, Esther e parte Pirahy. Aproximadamente 5.000 pessoas cadastradas, sete microáreas, destas quatro recebem visita de agentes comunitários;
- j) ESF 10: Cônego Viro Rauber- Vila Cabeleira: abrangência vila Cabeleira, Umbú. Possui aproximadamente 4.500 pessoas cadastradas ou 1.260 famílias. Território com sete microáreas e cinco visitadas por agentes de saúde.
- k) ESF 11: Vila Jaguari: abrangência Jaguari, Aparício Sampaio, São Francisco e Passo. Possui aproximadamente 4000 pessoas cadastradas ou 1190 famílias. Território com sete microáreas e cinco acompanhadas por ACS.
- l) ESF 12: Ana Esther Pinto: Várzea. Abrangência bairro José Pereira Alvarez. Aproximadamente 5.000 famílias cadastradas, seis microáreas e quatro com presença de ACS
- m) ESF 15: Cristina Vargas. Abrangência bairro Tiro e Menegusso. Aproximadamente 5.000 famílias cadastradas. Possui território com sete microáreas, porém cinco com visitas de ACS.
- n) CEMAE: Estratégia Agentes Comunitários (EAC) - Centro: sem número aproximando de pessoas cadastradas. Possui território com 4 microáreas e 2 áreas com cobertura de ACS.

APÊNDICE B – Quadros público alvo pesquisado

1. Relação ESF/Número de questionários aplicados aos profissionais da saúde⁴⁰

ESF	Nº questionário	Categorias
ESF1 Ernesto Dornelles	11 questionário	Enfermeira; Dentista; Auxiliar Saúde Bucal Técnica de enfermagem, Médica ACS (seis)
ESF 2 Airton Carneiro Vicentinos	10 questionários	Enfermeira; Dentista; Médica; Técnica de enfermagem; Auxiliar de saúde bucal; ACS (cinco)
ESF 3 Pelayo Moraes de OLEA	10 questionários	Enfermeira; Dentista; Auxiliar de saúde bucal; Técnica de enfermagem (duas) Agente operacional; ACS (quatro)
ESF 4 Ovídio Loureiro	11 questionários	Enfermeira; Médico (dois); Técnico em enfermagem; Dentista; Auxiliar de saúde bucal; ACS (cinco).
ESF 5 Ricardo Pinheiro	10 questionário	Enfermeira Médico; Dentista; Técnico de enfermagem; Agente operacional; ACS (cinco)
ESF 6 Emílio Tróis da Motta	Nove questionário	Enfermeira;

⁴⁰ Quadros (1,2 e 3) elaborado pelas autora, através dos questionários aplicados.

		Técnica em enfermagem; Médica; Dentista; Auxiliar de saúde bucal ACS (quatro)- um ACS não participou da pesquisa.
ESF 7 Pedro Marchezan	Seis questionários	Enfermeira; Agente operacional; Médico; ACS (três): um ACS não participou da pesquisa
ESF 8 Vila Goulart	12questionários	Enfermeira; Técnico de enfermagem; Agente operacional; Dentista; Auxiliar de saúde bucal; médico ACS (seis).
ESF 9 Vila Esther	Oito questionários	Enfermeira; Técnica de enfermagem; Médica; Dentista Auxiliar de saúde bucal; ACS (três): um ACS não participou da pesquisa
ESF 10 Cônego Viro Rauber	Oito ques	Enfermeira; Técnica de enfermagem; Dentista; ACS (cinco).
ESF 11 Vila Jaguari	10 questionários	Enfermeira; Técnica de enfermagem; Médica; Dentista; Auxiliar de saúde bucal ACS (cinco)
ESF 12 Ana Esther Pinto	10 questionários	Enfermeira; Técnica de enfermagem; Dentista; Auxiliar de saúde bucal, Médica; ACS (cinco)
ESF 15 Cristina Vargas	Nove questionário	Enfermeira; Médico; Dentista;

		Auxiliar de saúde bucal; ACS(cinco).
CEMAE Estratégia Agentes Comunitários	Seis questionários	Enfermeira; Técnicos de enfermagem (dois); Médica; ACS (dois)

Fonte: Questionários aplicados.

2. Profissionais da atenção básica de setores que dão suporte aos ESF:

Setor	Número de entrevistas	Categorias profissionais
Vigilância Sanitária	21 questionários	Fiscais sanitários (sete); Agentes endêmicos (14);
NASF Núcleo de Apoio à Saúde d	Três questionários	Psicólogas (duas); Educadora física (uma)
Centro de Vacinas	Quatro questionários	Enfermeira; Técnicos de enfermagem (três)

Fonte: Questionários aplicados.

3. Trabalhadores usuários da atenção básica: aplicados 234 questionários:

Quadro 3: Relação ESF/Trabalhador usuário entrevistado

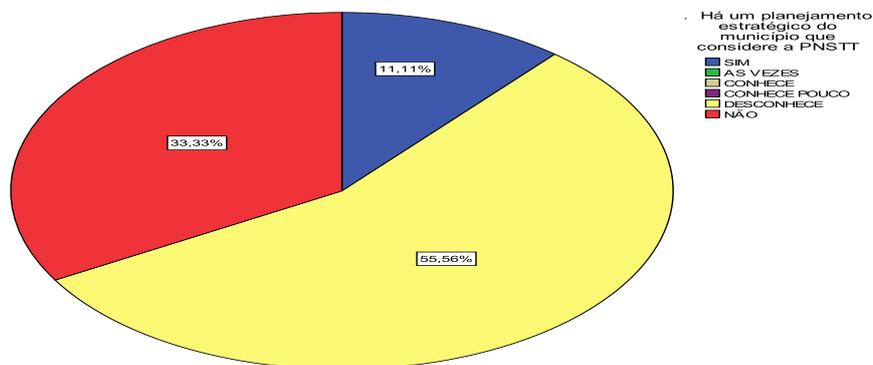
Unidade de ESF	Quantidade de trabalhadores
ESF 01	19 trabalhadores
ESF 02	15 trabalhadores
ESF 03	19 trabalhadores
ESF 04	20 trabalhadores
ESF 05	13 trabalhadores
ESF 06	19 trabalhadores
ESF 07	18 trabalhadores
ESF 08	14 trabalhadores
ESF 09	16 trabalhadores
ESF 10	17 trabalhadores
ESF 11	20 trabalhadores
ESF 12	20 trabalhadores
ESF 15	13 trabalhadores
CEMAE	13 trabalhadores

Fonte: Questionários aplicados.

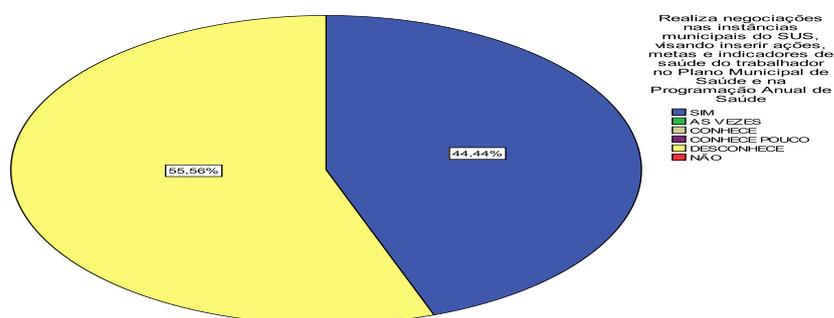
APÊNDICE C: Resultados gestores e profissionais da saúde: Gráficos representativos das competências do gestor municipal

1 Gestores

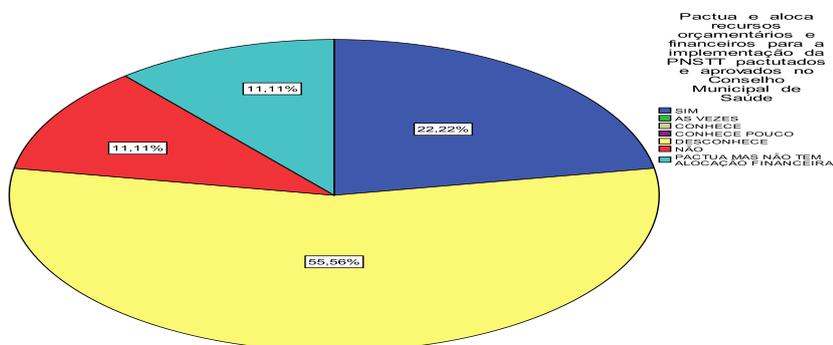
a) Planejamento estratégico ⁴¹



b) Negociações em instâncias municipais

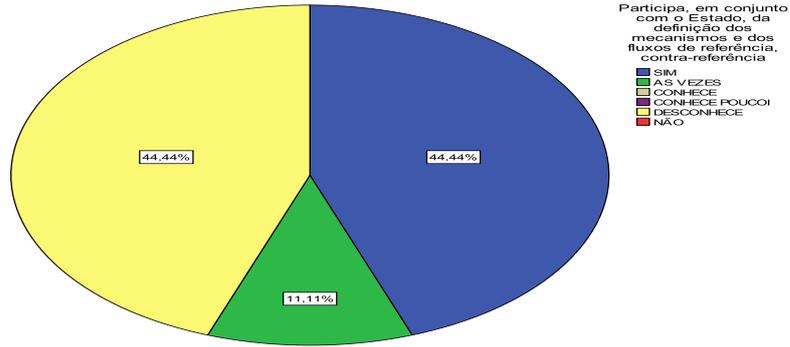


c) Pactuações e alocação de recursos

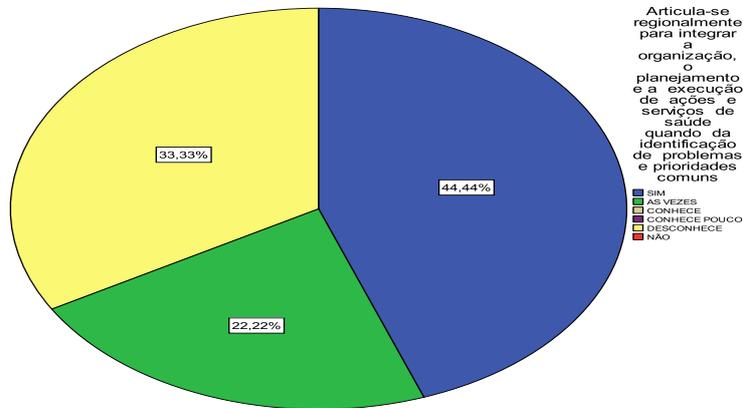


⁴¹ Gráficos elaborados pela autora

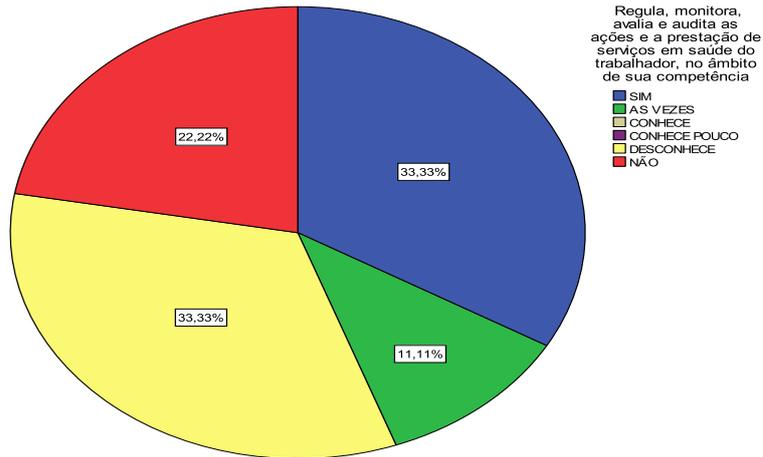
d) Participa definição de mecanismos de fluxo de referência e contra-referência



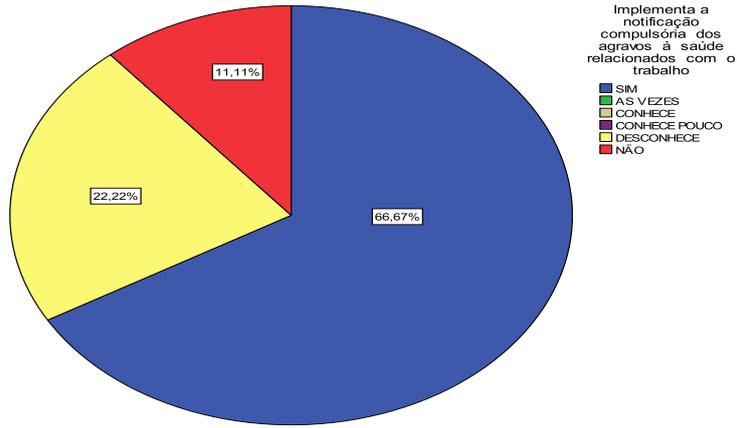
e) Articula – se regionalmente



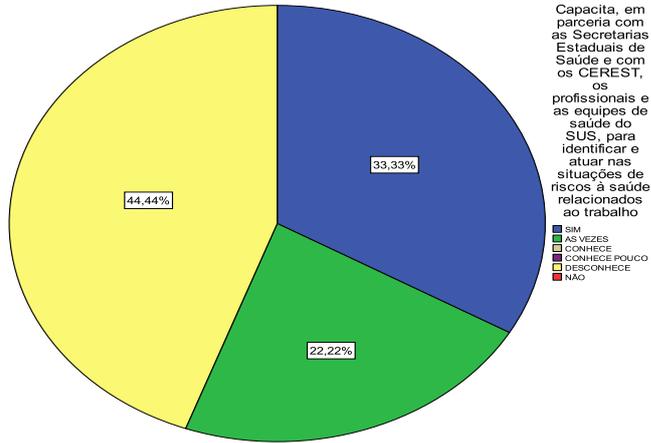
f) Regula, monitora, avalia e audita as ações e a prestação de serviços



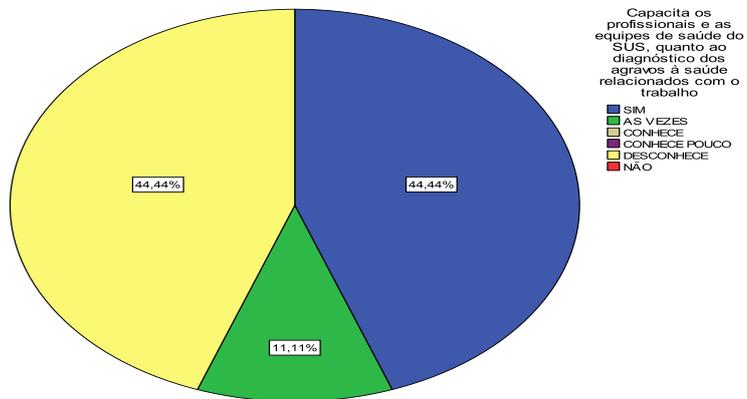
g) Implementa notificação compulsória



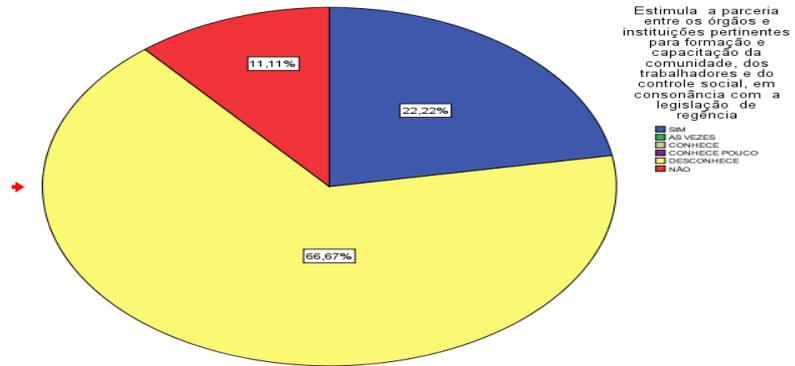
h) Capacita em parceria com as SES e CEREST



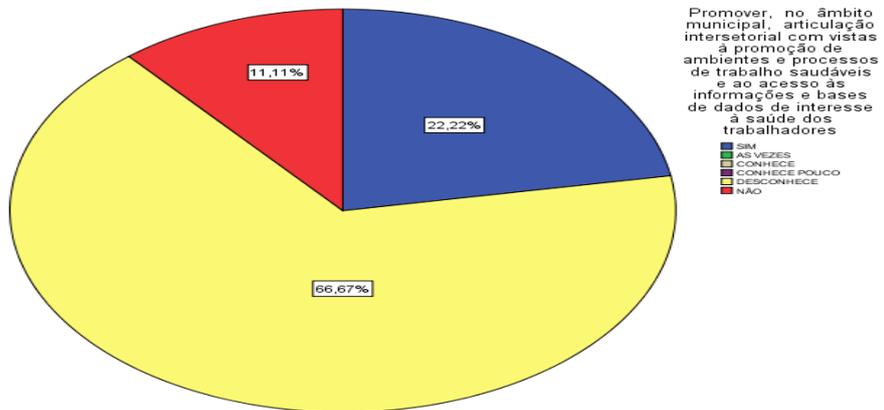
i) Diagnóstico de agravos à saúde relacionados ao trabalho



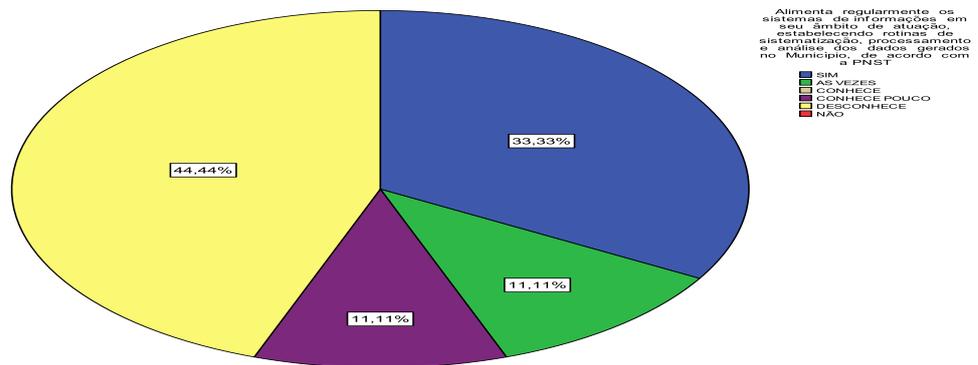
j) Parcerias para formação e capacitação comunidade, dos trabalhadores e do controle social



k) Promove no âmbito municipal a intersectorialidade

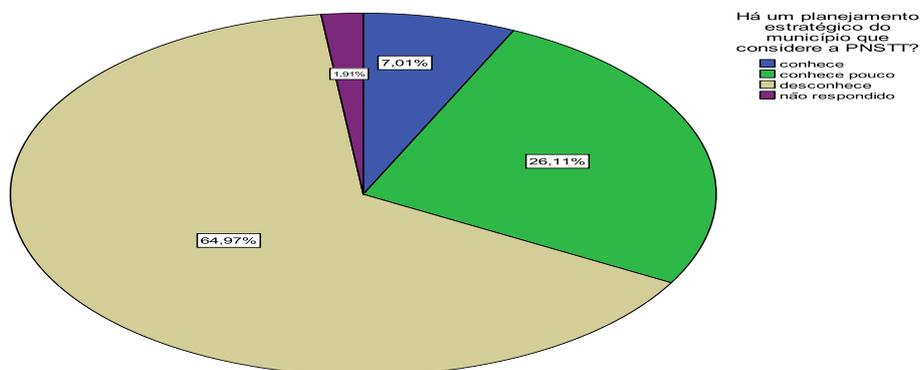


l) Alimenta regularmente os sistemas de informações no seu âmbito de atuação

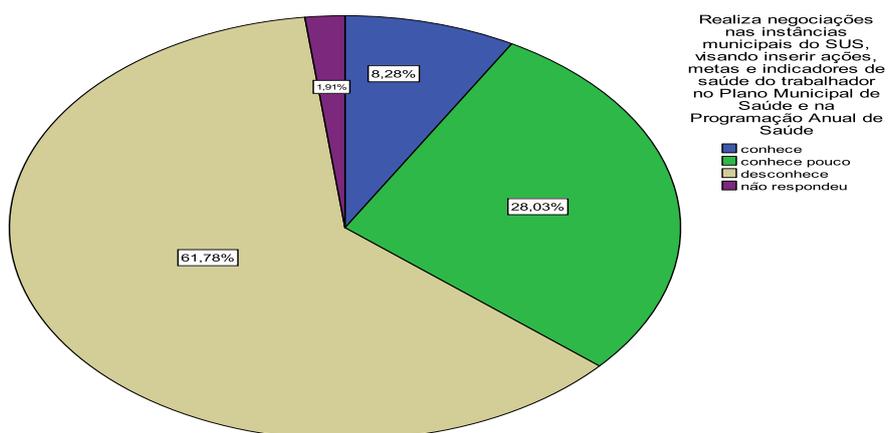


2 Resultados Profissionais da saúde:

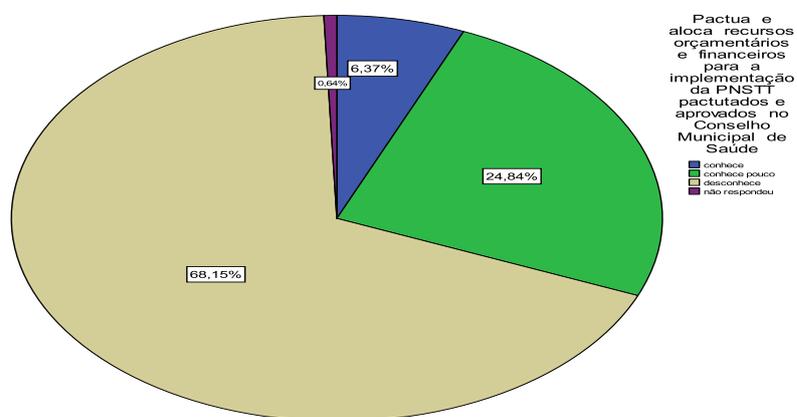
a) Planejamento estratégico



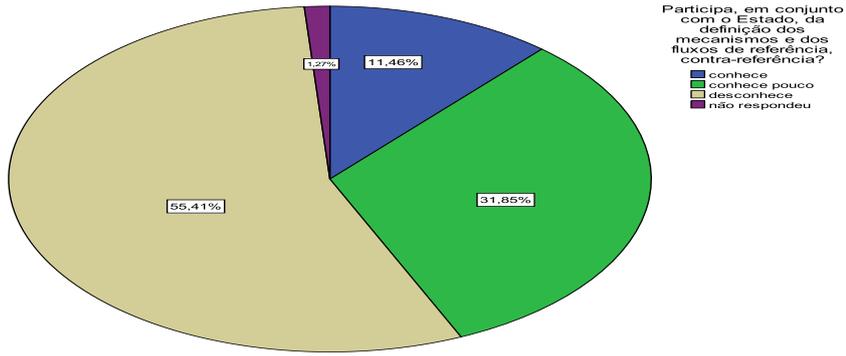
b) Realiza negociações nas instâncias municipais



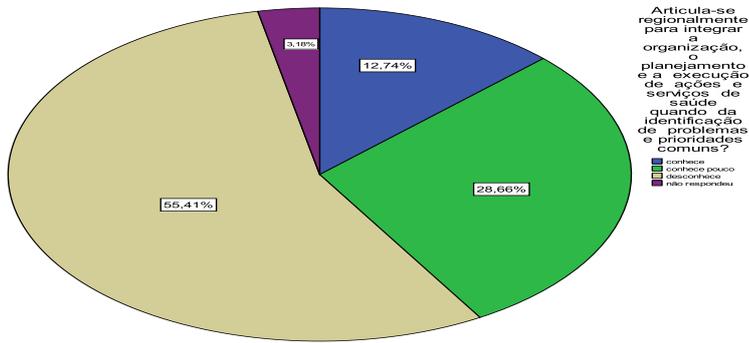
c) Pactua e aloca recursos



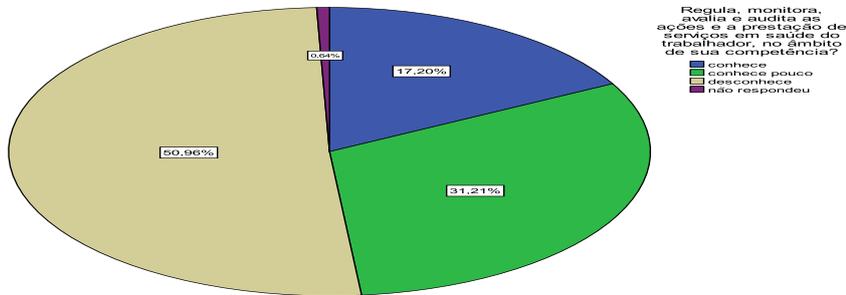
d) Participa na definição do fluxos de referência e contra-referência



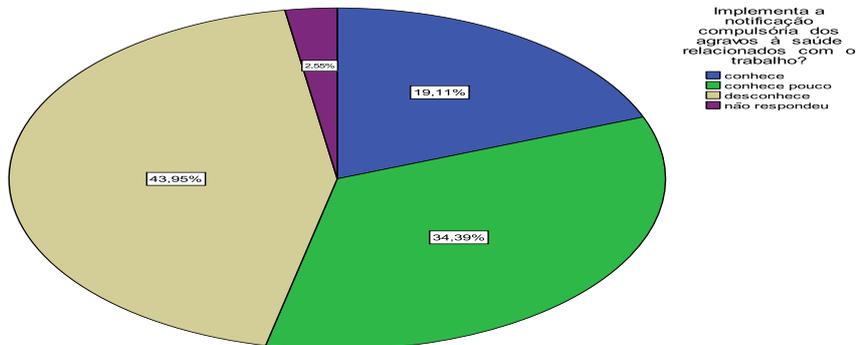
e) Articula-se regionalmente



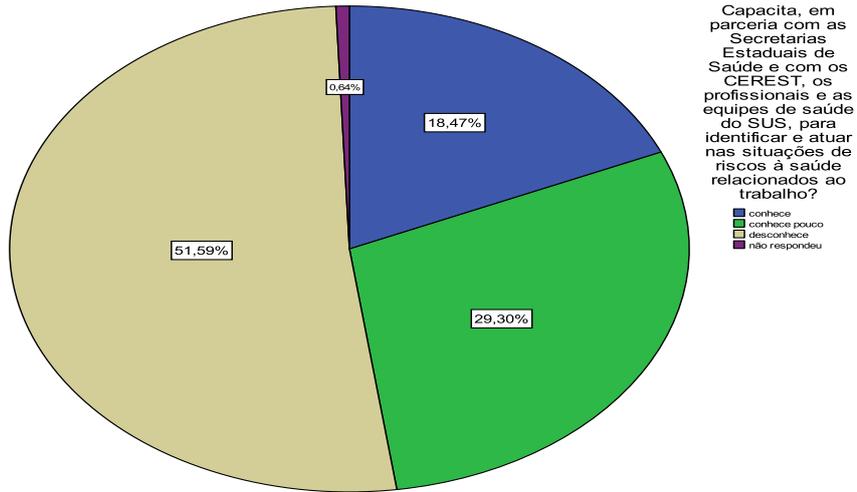
f) Regula, monitora, avalia e audita as ações



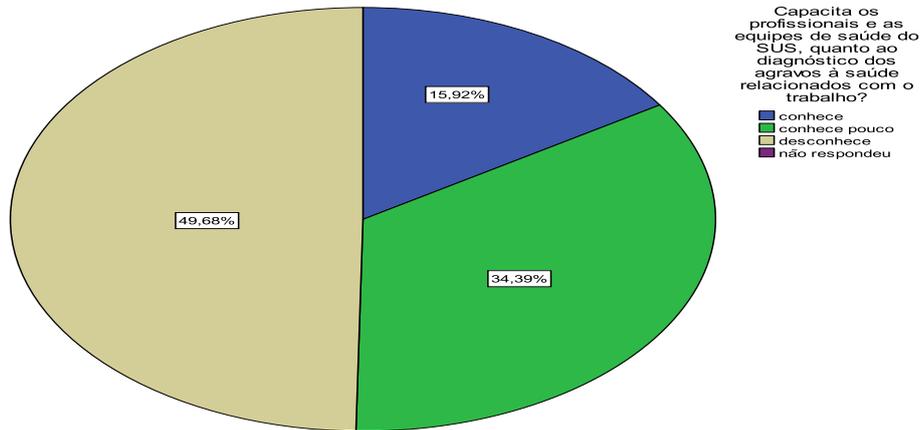
g) Implementa a notificação compulsória dos agravos



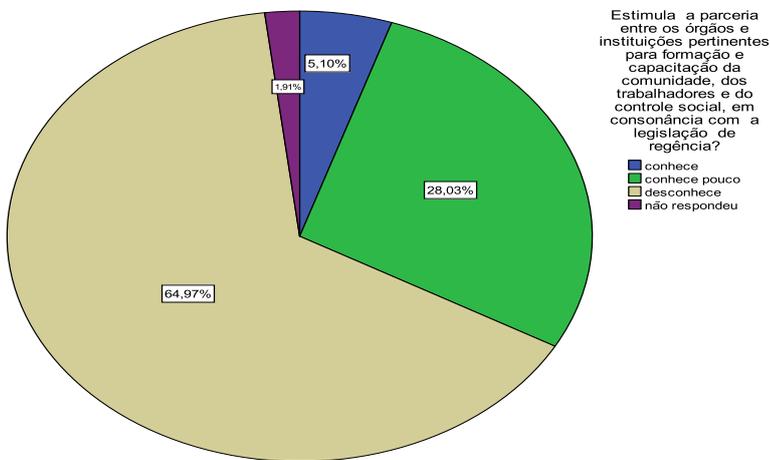
h) Capacita em parceria com a SES e Cerest



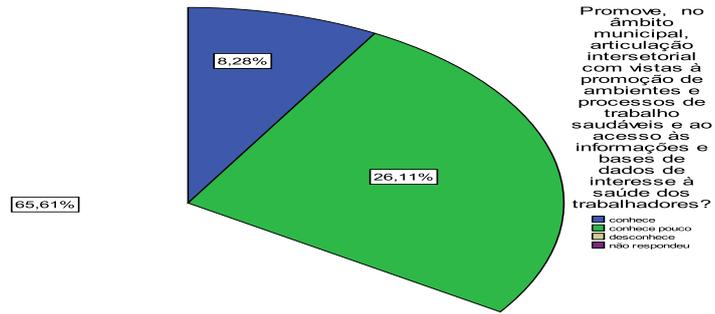
i) Capacita os profissionais e as equipes de saúde



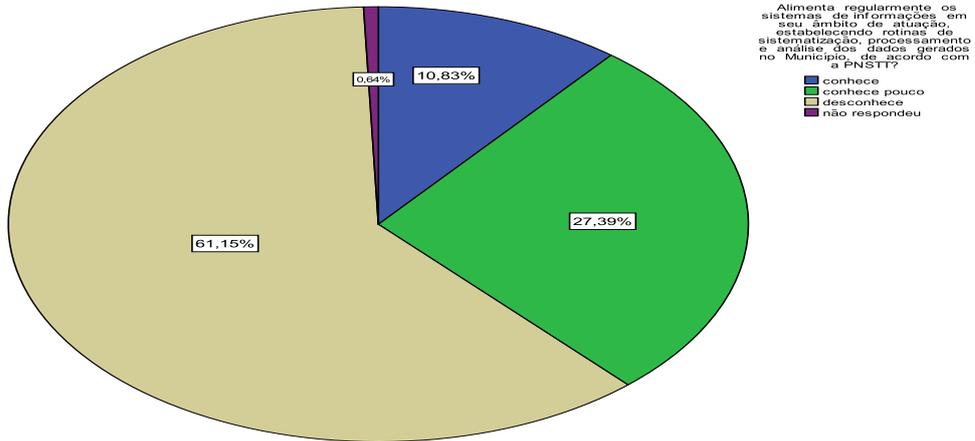
j) Estimula a parceria entre os órgãos e instituições para formação e capacitação de comunidade



k) Promove no âmbito municipal articulação intersetorial



l) Alimenta regularmente os sistemas de informação



APÊNDICE D – Produto Técnico

1- Diagnóstico da análise da PNSTT no município de São Borja

De acordo com os resultados obtidos durante o estudo e através dos dados consolidados e analisados foi elaborado um produto técnico para auxiliar na informação dos usuários e capacitação dos profissionais da saúde quanto ao direito à saúde do trabalho e as diretrizes da PNSTT. Contribuindo para a viabilização da implementação da PNSTT no município.

Utilizado na construção do produto técnico a recomendação de Secchi (2016) que nos diz: a finalidade dos estudos de políticas públicas podem ser descritivos (constroem teorias) ou prescritivos (prescrevem orientação e melhoramento). Nosso estudo da análise da PNSTT será prescritivo, ou seja, gerando recomendações de melhorias, com construção de soluções para as falhas encontradas durante a pesquisa aplicada aos atores que estão envolvidos com a política estudada. Possibilitando unir teoria aplicada à prática do desenvolvimento desta, no entorno do município, tendo como resultado a inclusão do trabalhador como protagonista da saúde e qualidade de vida.

Para a construção deste produto elaboramos como objetivo geral: construir um diagnóstico que auxilie a implementação da PNSTT no município de São Borja; e específicos: formar um grupo de pesquisa multidisciplinar para elaboração de planejamento e estudos na área a partir dos resultados positivos e negativos da pesquisa aqui realizada; realizar Fóruns Comunitários nos territórios em que estão inseridas as unidades básicas de saúde como formas de disseminação do conhecimento e formação dos profissionais da saúde e usuários

3- Da metodologia do projeto técnico

Este projeto parte de um estudo descritivo e estatístico. Seguiremos os conceitos e definições de Secchi, que afirma: metodologicamente os estudos descritivos são dedutivos (parte de hipótese ou teorias abstratas para gerar conhecimento) ou indutivos (utiliza dados empíricos qualitativos ou quantitativos para gerar teoria e hipóteses). A construção teórica com métodos dedutivos, paradigma de pesquisa ligado à teoria econômica, à construção de bens públicos, à influência de regras de decisão, incentivos sobre o comportamento dos atores políticos (SECCHI, 2016)

As premissas desta metodologia é a **racionalidade** econômica dos atores, o individualismo metodológico, conceitos de preferência e utilidade, a teoria de escolha pública

propõe o estudo dos atores, de suas posições, das ações possíveis, do nível de controle decisório, da informação disponível, dos custos e benefícios das ações e resultados (SECCHI, 2016).

Neste momento é apresentado um *Planejamento Estratégico Territorial* seguindo orientações de Siedemberg (2010), o qual propõe sete etapas de elaboração e conclusão deste, as quais neste momento serão citadas e relacionadas a pesquisa realizada (grifo do autor):

- 1- Diagnóstico Técnico: apresentação dos dados pesquisados, consolidados e interpretados através da elaboração da dissertação gerando um diagnóstico da política. Neste caso serão dados qualitativos alocados nas categorias de análises;
- 2- Análise situacional: interpretação e análise dos dados gerando prescrição de melhoria da política estudada;
- 3- Matriz FOFA (Forças, Oportunidades, Fraquezas e Ameaças): as categorias de análises resultantes que surgiram durante a interpretação dos dados serão alocados na matriz:

Matriz FOFA

Forças (interna: gestão e profissionais da saúde)	Fraquezas (interna: gestão e profissionais da saúde)
----------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------

<ul style="list-style-type: none"> - Formação da gestão composta em número maior por enfermeiros; - O maior índice de formação na gestão é pós-graduação; -A maioria dos cargos na gestão são ocupados pelas mulheres; - A maioria dos gestores pesquisados atua antes da formulação da PNSTT; - Os profissionais elencam atividades desenvolvidas pertinentes à PNSTT. 	<ul style="list-style-type: none"> - Dificuldade de comunicação e compreensão sobre o cargo e atribuição desempenhada; - Centralização de decisão Secretário da Saúde. - formação fora da área técnica da saúde; - Substituição constante de pessoas e cargos na gestão; - Desconhecimento em relação à PNSTT; - desconhecimento dos gestores frente às ações e serviços desenvolvidos; - interpretação fragmentada das ações e serviços voltadas ao trabalhador usuário; - Não há percepção de coordenação da implementação da PNSTT; - Desconhecimento sobre as competências que o município deve executar dentro da PNSTT: - Os gestores não foram capacitados para implementação da PNSTT e não promovem capacitação específica aos profissionais; - Não há programa de qualidade de vida para os trabalhadores da saúde; - Composição das unidades de atenção básica fora das diretrizes do PNAB (2012); - Rodízio de profissionais em todas as unidades de atenção básica, principalmente nos ESFs; - Clientelismo e insulamento burocrático realidade intrínseca na atenção à saúde; - Profissionais da saúde referem que não há atenção para eles; - Desconhecimento se há fortalecimento da participação da comunidade na busca de direitos.
<p>Oportunidades (origem externa: trabalhador usuário e comunidade)</p>	<p>Ameaças (origem externa: trabalhador usuário e comunidade)</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Trabalhadores que buscam a unidade de saúde para necessidades de saúde e de informação; - A busca pelo serviço de saúde na atenção básica pelos trabalhadores é em sua maioria pelas mulheres; - A maioria dos trabalhadores residem nos territórios que há serviços de atenção básica e acima de 20 anos; 	<ul style="list-style-type: none"> - falta elaboração de perfil produtivo e epidemiológico dos trabalhadores nos territórios; -Trabalhadores possuem baixa escolaridade: ensino fundamental incompleto; - Presença do analfabetismo dentro da classe trabalhadora; - Trabalhadores usuários da atenção básica possuem idade mais avançada; - Desconhecimento sobre profissão e ocupação

	<ul style="list-style-type: none"> - O trabalhador desempregado aparece com maior expressividade no serviço de saúde; - Poucos dos trabalhadores possuem vínculo de trabalho celetista; - Muitos trabalhadores não informaram seu vínculo empregatício talvez por desconhecimento; - Os trabalhadores em sua maioria não informaram se recebem alguma renda; - A cultura do sistema curativo ainda se sobressai ao que promove e protege; - O trabalhador procura a unidade de saúde com após doença instalada; - Os trabalhadores não participam de ações coletivas; - Há pouca percepção sobre as ações coletivas nos território; - Percepção de que não há questionamento quanto ao fato de ser ou não trabalhador para atendimento na unidade de saúde; - Não participação do trabalhador no Conselho Municipal de Saúde-CMS; - Há desconhecimento sobre o CMS; - Desconhecimento sobre Qualidade de Vida no Trabalho, e doenças associadas; - Distanciamento entre as equipes de saúde e usuários, constatado a falta de vínculo.
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Fonte: Dados da dissertação elaborada pela autora.⁴²

- 4- Referenciais estratégicos: estes se referem aos valores que serão criados a partir da matriz FOFA, ou seja, missão e visão, o quais serão elaborados a partir do grupo de pesquisa interdisciplinar;
- 5- Macro-objetivos: formação do produto mediante resultados alocados na matriz, neste caso podemos citar como macro-objetivos o grupo de pesquisa e realização dos fóruns comunitários:

⁴² Elaborado pela autora utilizando instrumento de Planejamento Estratégico Territorial referenciado por Siedemberg (2010).

5.1 Formar um grupo de pesquisa multidisciplinar voltado ao estudo e planejamento estratégico dentro das políticas sociais: saúde e trabalho e desenvolvimento fronteiriço;

5.2- Realizar Fóruns comunitários dentro dos territórios (espaço social) das unidades de atenção básica do município, desenvolvendo a construção dos sujeitos para a participação social.

- 6- Definição de modelo de gestão: a verificação de assertividade será realizada dentro do grupo de pesquisa que deve produzir resultados quanto às ações planejadas, pesquisadas, executadas e avaliadas como forma de melhoria, podemos alinhar estas práticas ao ciclo PDCA (planejar, dirigir, controlar e avaliar);
- 7- Divulgação e implementação: execução dos macro-objetivos que são os produtos planejados como ação, e contribuição na implementação da política estudada.

4- Apresentando o Produto Técnico

A) **Grupo de pesquisa:** Políticas Públicas: Saúde, Trabalho, Direitos e Desenvolvimento na região fronteiriça

Objetivo Geral:

- Gerar construção do conhecimento aos trabalhadores usuários e aos profissionais do sistema de saúde do município.

Objetivos específicos:

- Formar um grupo multidisciplinar de estudo, incluindo profissionais e gestores da saúde, que possibilite gerar a transversalidade e assertividade nas ações que serão realizadas;

- Construir possibilidades de participação social em espaços e territórios comunitários dos cidadãos e com isto atingir os trabalhadores do município;

Este grupo tem como base inicial a elaboração de ações direcionadas nos problemas levantados como resultados da pesquisa aplicada através da análise da política estudada PNSTT como conclusão. Buscando realizar um trabalho transversal: inserção da Universidade Federal do Pampa para a continuidade de pesquisas frente aos resultados, diálogos com a gestão pública para permear os espaços e territórios das unidades básicas de saúde, diálogo com o Conselho Municipal de Saúde buscando realizar formações da comunidade, diálogo com o COMUDE inserindo a premissa do desenvolvimento através do trabalho.

B) Fóruns comunitários sobre saúde, trabalho e desenvolvimento nos territórios:

Estes fóruns serão realizados nos bairros e locais onde haja atuação de equipes das unidades da atenção básica da saúde. Possui finalidade de levar informação e capacitação aos cidadãos e principalmente aos trabalhadores destes locais, com possibilidade de gerar a compreensão do direito à saúde, da existência de uma política de saúde específica.

Objetivo geral:

Realizar fóruns comunitários para disseminar informação relativos à saúde, trabalho, direito, desenvolvimento e participação social.

Objetivos específicos

- Planejar ação em cada bairro do município, discutindo junto à comunidade suas necessidades de informação de acordo com os temas do objetivo geral;
- Elaborar planejamento multidisciplinar para atuação nos devidos fóruns, chegando mais próximo da realidade de cada cidadão;
- Verificar a assertividade na realização de cada fórum, para gerar melhorias nas ações.
- Incluir nestes fóruns os profissionais da saúde que atuam nos territórios e também os membros do Conselho Municipal da saúde.

Este produto também será questão de pesquisa para a continuidade de estudo da discente na possibilidade de Doutorado em Políticas Públicas ou da área de Ciências da Saúde.

Referências

SECCHI, L. **Análise de Políticas Públicas: Diagnóstico de problemas e recomendações de soluções**. São Paulo. Cengage learning, 2016.

SIEDENBERG, D. **Fundamentos e técnicas de planejamento estratégico local-regional**. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2010.

ANEXO A: Carta de apresentação discente

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PAMPA
Campus São Borja
Endereço: Rua Alberto Benevenuto , 3200- São Borja- RS
(55) 3430-4323 (55) 3430-4339

São Borja, 23 de janeiro de 2017

Prezados (as),

Por meio desta apresentamos a acadêmica Fernanda Cristina Foss De Zorzi do PPGPP- Programa de Pós- Graduação em Políticas Públicas- Mestrado em Políticas Públicas, devidamente matriculada nesta instituição de ensino, que está realizando pesquisa referente a sua dissertação intitulada “O trabalhador no contexto da saúde pública municipal: análise do desenvolvimento da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora no município de São Borja”.

Na oportunidade, solicitamos autorização para que realize a pesquisa através da coleta de dados, observação e, posteriormente, entrevistas nesta instituição no presente ano.

Agradecemos a compreensão e colaboração no processo de desenvolvimento deste (a) acadêmico e do incentivo à pesquisa científica em nossa região. Em caso de dúvida você pode procurar a coordenação do PPGPP pelo telefone: (55) 3340- 9850 ou pelo email: mppp.unipampa@gmail.com.

Atenciosamente,

Coordenador do Programa de Pós- Graduação em Políticas Públicas

ANEXO B**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu _____ concordo em participar, como voluntário, do estudo que tem como pesquisadora responsável a aluna de pós-graduação Fernanda Cristina Foss De Zorzi, do curso de Mestrado em Políticas Públicas da Universidade Federal do Pampa- UNIPAMPA- São Borja, estou orientado que a aluna pode ser contatado pelo e-mail: fcdezorzi@gmail.com e pelos telefones (55)3430 9850 e (55) 96110249. Tenho ciência de que o estudo tem em vista realizar entrevistas com gestores da saúde, coordenadores, profissionais da saúde e trabalhadores usuários do sistema de saúde do município, visando, por parte da referida aluna a realização de sua dissertação final para conclusão do curso de mestrado intitulada: **“O Trabalhador (a) no Contexto da Saúde Pública Municipal: Análise do desenvolvimento da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora no Município de São Borja”**. Minha participação consistirá em conceder uma entrevista através do preenchimento de um questionário que respondido por mim. Entendo que esse estudo possui finalidade de pesquisa acadêmica, que os dados obtidos não serão divulgados, a não ser com prévia autorização, e que nesse caso será preservado o anonimato dos participantes, assegurando assim minha privacidade. A aluna me entregará uma cópia do referido termo. Além disso, sei que posso abandonar minha participação na pesquisa quando quiser e que não receberei nenhum pagamento por esta participação.

Assinatura

São Borja, ____ de _____ de 2016

ANEXO C: questionários gestores, profissionais da saúde e trabalhadores

QUESTIONÁRIO GESTOR/COORDENADOR/DIRETOR DE SAÚDE n° _____

ESTABELECIMENTO DE SAÚDE:

BAIRRO:

<p>1 Função:</p> <p>2 Formação:</p> <p>3 Ocupação:</p> <p>4 Escolaridade: () ensino fundamental completo () ens. médio completo () ens. superior completo () pós graduação: _____ () outro _____</p> <p>5 Idade: _____ 6 sexo: () M () F</p> <p>7 *Cor/ Raça : () Branca () Parda () amarela () indígena</p> <p>8 Tempo de Atuação na Saúde: _____ *Referência IBGE</p> <p>9 Você conhece a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e trabalhadora (PNST)? () tem conhecimento mas não é desenvolvida; () tem conhecimento e atua no desenvolvimento da mesmo no município, Como _____ _____ _____ () conhece pouco : _____ () desconhece</p>	<p>12 Marque as ações de saúde que são realizadas no município em relação à PNST: () consultas () grupo gestantes () grupos trabalhador () grupos Hipertensos/ diabéticos () visita domiciliar () vacina () ação transversal com os empregadores da cidade () desconheço () outra: _____</p> <p>O que você conhece em relação às competências do município no desenvolvimento da PNST:</p> <p>13 O município executa as ações e serviços de saúde do trabalhador? () conheço: _____ () conhece pouco: _____ () desconhece</p> <p>14 O município coordena, em âmbito municipal, a implementação da PNST? () conheço _____ () conhece pouco _____ () desconhece</p>
<p>10 Como é desenvolvida a PNST no município de São Borja: () é pouco desenvolvida. Como _____ _____ () é desenvolvida: _____ () conhece pouco: _____ _____ () não é desenvolvida. () desconhece</p> <p>11 Quais serviços devem ser desenvolvidos no município para atender a PNST? () atenção básica () ações de média complexidade e alta complexidade; () ações transversais () Trabalho conjunto da Vigilância Epidemiológica e Sanitária: qual _____ () desconhece () nenhum serviço () outro: _____</p>	<p>15. Há um planejamento estratégico do município que considere a PNST? () conheço: _____ () conheço pouco: _____ () desconhece</p> <p>16 Realiza negociações nas instâncias municipais do SUS, visando inserir ações, metas e indicadores de saúde do trabalhador no Plano Municipal de Saúde e na Programação Anual de Saúde: () conheço: _____ () Conheço pouco: _____ () desconheço</p>
	<p>17 Pactua e aloca recursos orçamentários e financeiros para a implementação da PNST pactutados e aprovados no Conselho Municipal de Saúde? () conheço: _____ ()conheço pouco: _____ () desconheço.</p>

<p>18 Desenvolve estratégias visando o fortalecimento da participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> as vezes <input type="checkbox"/> desconhece <input type="checkbox"/> não</p> <p>19 Participa, em conjunto com o Estado, da definição dos mecanismos e dos fluxos de referência, contra-referência? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> as vezes <input type="checkbox"/> desconhece <input type="checkbox"/> não</p> <p>20 Articula-se regionalmente para integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde quando da identificação de problemas e prioridades comuns? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> as vezes <input type="checkbox"/> desconhece <input type="checkbox"/> não</p> <p>21 Regula, monitora, avalia e audita as ações e a prestação de serviços em saúde do trabalhador, no âmbito de sua competência? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> as vezes <input type="checkbox"/> desconheço <input type="checkbox"/> não</p>	<p>26 Capacita os profissionais e as equipes de saúde do SUS, quanto ao diagnóstico dos agravos à saúde relacionados com o trabalho? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> as vezes <input type="checkbox"/> desconhece <input type="checkbox"/> não</p> <p>27 Estimula a parceria entre os órgãos e instituições pertinentes para formação e capacitação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social, em consonância com a legislação de regência? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> as vezes <input type="checkbox"/> desconheço <input type="checkbox"/> não</p>
<p>22 Implementa a notificação compulsória dos agravos à saúde relacionados com o trabalho? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> as vezes <input type="checkbox"/> desconheço</p> <p>23 Institui e mantém cadastro de empresas com indicação dos fatores de risco dos para os trabalhadores ? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> as vezes <input type="checkbox"/> desconheço <input type="checkbox"/> não</p> <p>24 Elabora, em seu âmbito de competência, perfil produtivo e epidemiológico dos trabalhadores etrabaladoras? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> as vezes <input type="checkbox"/> desconheço <input type="checkbox"/> não</p> <p>25 Capacita, em parceria com as Secretarias Estaduais de Saúde e com os CEREST, os profissionais e as equipes de saúde do SUS, para identificar e atuar nas situações de riscos à saúde relacionados ao trabalho? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> as vezes <input type="checkbox"/> desconheço <input type="checkbox"/> não</p>	<p>28 Promover, no âmbito municipal, articulação intersetorial com vistas à promoção de ambientes e processos de trabalho saudáveis e ao acesso às informações e bases de dados de interesse à saúde dos trabalhadores? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> as vezes <input type="checkbox"/> desconheço <input type="checkbox"/> não</p> <p>29 - Alimenta regularmente os sistemas de informações em seu âmbito de atuação, estabelecendo rotinas de sistematização, processamento e análise dos dados gerados no Município, de acordo com a PNST? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> as vezes <input type="checkbox"/> desconheço <input type="checkbox"/> não</p>
	<p>30 Você recebeu capacitação para gestão e desenvolvimento da PNST? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> as vezes <input type="checkbox"/> não</p> <p>31 capacita os profissionais e as equipes de seguindo as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> as vezes <input type="checkbox"/> desconheço <input type="checkbox"/> não</p> <p>32 –Há um programa de qualidade de vida para os trabalhadores da saúde sob sua gestão ou coordenação? <input type="checkbox"/> sim qual: _____ <input type="checkbox"/> está em desenvolvimento. <input type="checkbox"/> não é desenvolvido. <input type="checkbox"/> desconheço</p>

--	--

2 PROFISSIONAL DA SAÚDE n° ____ ESTABELECIMENTO DE SAÚDE:

BAIRRO:

<p>1 Função:</p> <p>2 Formação:</p> <p>3 Ocupação:</p> <p>4 Escolaridade: () ensino fundamental completo () ens. médio completo () ens. superior completo () pós graduação: _____ () outro _____</p> <p>5 Idade: _____ 6 sexo: () M () F</p> <p>7 *Cor/ Raça : () Branca () Negra () Parda () amarela () indígena</p> <p>8 Tempo de Atuação na Saúde: _____ *Referência IBGE</p> <p>9 Você conhece a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e trabalhadora (PNST)? () tem conhecimento mas não é desenvolvida; () tem conhecimento e atua no desenvolvimento da mesmo no município, Como _____ _____ _____ () conhece pouco : _____ () desconhece</p> <p>10 Como é desenvolvida a PNST no município de São Borja: () é pouco desenvolvida. Como _____ () é desenvolvida: _____ () conhece pouco: _____ () não é desenvolvida. () desconhece</p>	<p>12 Marque as ações de saúde que são realizadas no município em relação à PNSTT: () consultas () grupo gestantes () grupos trabalhador () vacina () grupos Hipertensos/ diabéticos () visita domiciliar () ação transversal com os empregadores da cidade () desconheço () Outra: _____</p> <p>O que você conhece em relação às competências do município no desenvolvimento da PNST:</p> <p>13 O município executa as ações e serviços de saúde do trabalhador? () conheço: _____ () conhece pouco: _____ () desconhece</p> <p>14 O município coordena, em âmbito municipal, a implementação da PNSTT? () conheço _____ () conhece pouco _____ () desconhece</p> <p>15. Há um planejamento estratégico do município que considere a PNSTT? () conheço: _____ () conheço pouco: _____ () desconhece</p> <p>16 Realiza negociações nas instâncias municipais do SUS, visando inserir ações, metas e indicadores de saúde do trabalhador no Plano Municipal de Saúde e na Programação Anual de Saúde: () conheço: _____ () Conheço pouco: _____ () desconheço</p>
<p>11 Quais serviços devem ser desenvolvidos no município para atender a PNSTT? () atenção básica () ações de média complexidade e alta complexidade; () ações transversais () Trabalho conjunto da Vigilância Epidemiológica e Sanitária: qual _____ () desconhece () nenhum serviço () outro: _____</p>	<p>17 Pactua e aloca recursos orçamentários e financeiros para a implementação da PNSTT pactutados e aprovados no Conselho Municipal de Saúde? () conheço: _____ ()conheço pouco: _____ () desconheço.</p>

<p>18 Desenvolve estratégias visando o fortalecimento da participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social? <input type="checkbox"/> conheço _____ <input type="checkbox"/> conheço pouco _____ <input type="checkbox"/> desconhece _____</p> <p>19 Participa, em conjunto com o Estado, da definição dos mecanismos e dos fluxos de referência, contra-referência? <input type="checkbox"/>conheço _____ <input type="checkbox"/>conheço pouco _____ <input type="checkbox"/> desconheço _____</p> <p>20 Articula-se regionalmente para integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde quando da identificação de problemas e prioridades comuns? <input type="checkbox"/>conheço _____ <input type="checkbox"/>conheço pouco _____ <input type="checkbox"/> desconheço _____</p> <p>21 Regula, monitora, avalia e audita as ações e a prestação de serviços em saúde do trabalhador, no âmbito de sua competência? <input type="checkbox"/>conheço _____ <input type="checkbox"/> conheço pouco _____ <input type="checkbox"/> desconheço _____</p>	<p>26 Capacita os profissionais e as equipes de saúde do SUS, quanto ao diagnóstico dos agravos à saúde relacionados com o trabalho? <input type="checkbox"/> conheço _____ <input type="checkbox"/> conheço pouco _____ <input type="checkbox"/> desconheço _____</p> <p>27 Estimula a parceria entre os órgãos e instituições pertinentes para formação e capacitação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social, em consonância com a legislação de regência? <input type="checkbox"/> conheço _____ <input type="checkbox"/>conheço pouco _____ <input type="checkbox"/> desconheço _____</p> <p>28 Promove, no âmbito municipal, articulação intersetorial com vistas à promoção de ambientes e processos de trabalho saudáveis e ao acesso às informações e bases de dados de interesse à saúde dos trabalhadores? <input type="checkbox"/> conheço _____ <input type="checkbox"/> conheço pouco _____ <input type="checkbox"/> desconheço _____</p> <p>29 - Alimenta regularmente os sistemas de informações em seu âmbito de atuação, estabelecendo rotinas de sistematização, processamento e análise dos dados gerados no Município, de acordo com a PNSTT? <input type="checkbox"/> conheço _____ <input type="checkbox"/> conheço pouco _____ <input type="checkbox"/> desconheço _____</p>
<p>22 Implementa a notificação compulsória dos agravos à saúde relacionados com o trabalho? <input type="checkbox"/> conheço _____ <input type="checkbox"/> conheço pouco _____ <input type="checkbox"/> desconheço _____</p> <p>23 Institui e mantém cadastro de empresas com indicação dos fatores de risco dos para os trabalhadores ? <input type="checkbox"/> conheço _____ <input type="checkbox"/> conheço pouco _____ <input type="checkbox"/> desconheço _____</p>	<p>30 capacita os profissionais e as equipes de seguindo as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde? <input type="checkbox"/> conheço _____ <input type="checkbox"/> conheço pouco _____ <input type="checkbox"/> desconheço _____</p> <p>31 Você recebeu capacitação sobre a PNSTT, participou de capacitação com a Secretaria Estadual de Saúde e com o Cerest promovido pela Secretária de Saúde do município? <input type="checkbox"/> sim, quantas vezes _____ <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> desconheço Se sim qual o assunto _____ teve aperfeiçoamento ? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não se sim quantas vezes _____</p>
<p>24 Elabora, em seu âmbito de competência, perfil produtivo e epidemiológico dos trabalhadores e trabalhadoras? <input type="checkbox"/> conheço _____ <input type="checkbox"/> conheço pouco _____ <input type="checkbox"/> desconheço _____</p> <p>25 Capacita, em parceria com as Secretarias Estaduais de Saúde e com os CEREST, os profissionais e as equipes de saúde do SUS, para identificar e atuar nas situações de riscos à saúde relacionados ao trabalho? <input type="checkbox"/>conheço _____ <input type="checkbox"/>conheço pouco _____ <input type="checkbox"/> desconheço _____</p>	<p>32 –Há um programa de qualidade de vida para os trabalhadores da saúde? <input type="checkbox"/> sim qual: _____ <input type="checkbox"/> está em desenvolvimento. <input type="checkbox"/> não é desenvolvido. <input type="checkbox"/> desconheço</p> <p>33. o que significa qualidade de vida no trabalho para você?</p>

--	--

QUESTIONÁRIO 3 : TRABALHADOR USUÁRIO

TRABALHADOR n° _____ ESTABELECIMENTO DE SAÚDE:

BAIRRO:

<p>1. Unidade de Saúde: <input type="checkbox"/> ESF _____ <input type="checkbox"/> CEMAE <input type="checkbox"/> SALA DE VACINA <input type="checkbox"/> Outra: _____</p> <p>2. Escolaridade: <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental completo <input type="checkbox"/> Ensino Médio Completo <input type="checkbox"/> Ensino Superior completo <input type="checkbox"/> Pós graduação <input type="checkbox"/> outro _____</p> <p>3. Idade: _____ 4. sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F</p> <p>5. *Cor/ Raça : <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> amarela <input type="checkbox"/> indígena *Referência IBGE</p> <p>6. Reside neste bairro? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não , qual: _____ quanto tempo? _____</p> <p>7. Profissão: _____</p> <p>8. Ocupação: _____</p>	<p>14. Qual o motivo que procura a unidade de saúde do seu bairro? <input type="checkbox"/> prevenção de doença <input type="checkbox"/> doença instalada : _____ <input type="checkbox"/> consulta de rotina <input type="checkbox"/> tratamento para reabilitação: _____ <input type="checkbox"/> outro (s) motivo (s) : _____</p> <p>15. Qual ação individual de saúde é desenvolvida pela equipe de saúde do bairro? <input type="checkbox"/> consultas <input type="checkbox"/> vacinas <input type="checkbox"/> visita domiciliar <input type="checkbox"/> encaminhamento para especialista <input type="checkbox"/> internação domiciliar <input type="checkbox"/> exames laboratoriais e de imagem <input type="checkbox"/> todos <input type="checkbox"/> outros _____</p> <p>16. Você é atendido pelos profissionais de saúde, na unidade de saúde, como trabalhador? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> às vezes: _____ <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> nunca</p> <p>17. Já foi questionado em algum atendimento se trabalhador? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> de vez em quando: quantas vezes: _____ <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> nunca</p>
<p>9. Vínculo empregatício 1: Forma de trabalho <input type="checkbox"/> carteira assinada <input type="checkbox"/> autônomo, <input type="checkbox"/> avulso <input type="checkbox"/> temporário <input type="checkbox"/> contrato de trabalho <input type="checkbox"/> cooperativado <input type="checkbox"/> aprendiz <input type="checkbox"/> doméstico <input type="checkbox"/> estagiário remunerado <input type="checkbox"/> aposentado <input type="checkbox"/> estagiário não remunerado <input type="checkbox"/> desempregado <input type="checkbox"/> acordo verbal <input type="checkbox"/> outro _____</p> <p>10. Vínculo empregatício 2- Setor em que trabalha: <input type="checkbox"/> setor público <input type="checkbox"/> setor privado <input type="checkbox"/> setor de serviços <input type="checkbox"/> empreendedor <input type="checkbox"/> outro _____</p> <p>11. Localização do seu trabalho: <input type="checkbox"/> urbana <input type="checkbox"/> rural <input type="checkbox"/> outro _____</p> <p>12. Assalariado <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> outro _____</p>	<p>18. Você recebe visita de agente de saúde onde mora? <input type="checkbox"/> sim: quantas vezes ao mês? _____ <input type="checkbox"/> de vez em quando: quantas vezes: _____ <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> nunca</p> <p>19. Participa de reuniões ou ações desenvolvidas pela unidade de saúde do seu bairro para trabalhadores? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> de vez em quando: _____ <input type="checkbox"/> participa de outras reuniões: _____ <input type="checkbox"/> não é realizado (não</p> <p>20. Qual ação de grupo é desenvolvida pela equipe de saúde do seu bairro? <input type="checkbox"/> reuniões/ palestras gestantes; <input type="checkbox"/> reuniões /palestras saúde do trabalhador <input type="checkbox"/> reuniões/ palestras hipertensos/ Diabéticos; <input type="checkbox"/> outra _____ <input type="checkbox"/> Não participo/ porquê? _____ <input type="checkbox"/> Desconheço: _____ <input type="checkbox"/> Não há desenvolvimento de ações pela equipe de saúde do bairro</p>
<p>13. Inserção no mercado de trabalho: <input type="checkbox"/> formal- carteira assinada <input type="checkbox"/> contrato de trabalho <input type="checkbox"/> informal <input type="checkbox"/> Outro _____</p>	<p>21. Você participa do Conselho de Saúde? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> de vez em quando <input type="checkbox"/> desconheço <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> nunca</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

<p>Em relação à Qualidade de Vida no Trabalho:</p> <p>22- O que você considera quanto à qualidade de vida no trabalho:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> importante;<input type="checkbox"/> considero pouco importante;<input type="checkbox"/> não considero importante;<input type="checkbox"/> não conheço <p>23- O que é qualidade de vida no trabalho?</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> ambiente de trabalho organizado;<input type="checkbox"/> ambiente de trabalho tranquilo;<input type="checkbox"/> ambiente de trabalho onde me sinto bem<input type="checkbox"/> quando a empresa valoriza o funcionário.<input type="checkbox"/> receber gratificações da empresa como: plano de saúde, salário em dia;<input type="checkbox"/> receber elogios do meu líder;<input type="checkbox"/> ser motivado pelos meus superiores;<input type="checkbox"/> respeito ao limite de horas trabalhadas;<input type="checkbox"/> todos<input type="checkbox"/> outro _____<input type="checkbox"/> desconheço	<p>24- Na empresa que você trabalha tem programa de qualidade de vida para os trabalhadores?</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> sim/ qual _____<input type="checkbox"/> não _____<input type="checkbox"/> desconheço <p>25- Quais sintomas/ doenças que podem ser causadas pela falta de qualidade de vida no trabalho?</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> stress<input type="checkbox"/> ansiedade<input type="checkbox"/> acidentes<input type="checkbox"/> depressão<input type="checkbox"/> doenças profissionais<input type="checkbox"/> doenças ocupacionais<input type="checkbox"/> faltas ao trabalho<input type="checkbox"/> desânimo<input type="checkbox"/> todos<input type="checkbox"/> desconheço<input type="checkbox"/> outros _____
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------