

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE PÚBLICA**

FLÁVIA KARINA WANDERLEY DOS REIS

**VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR NO NÍVEL ESTADUAL EM
PERNAMBUCO: VALIDAÇÃO DE UMA MATRIZ DE MONITORAMENTO**

**RECIFE
2018**

FLÁVIA KARINA WANDERLEY DOS REIS

**VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR NO NÍVEL ESTADUAL EM
PERNAMBUCO: VALIDAÇÃO DE UMA MATRIZ DE MONITORAMENTO**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública.

ORIENTADORA: DR^a IDÊ GOMES DANTAS GURGEL

RECIFE

2018

Catálogo na fonte: Biblioteca do Instituto Aggeu Magalhães

- R375v Reis, Flávia Karina Wanderley.
Vigilância em saúde do trabalhador no nível estadual em Pernambuco: validação de uma matriz de monitoramento/ Flávia Karina Wanderley Reis. — Recife: [s. n.], 2018.
111 p.: il.
- Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.
Orientadora: Idê Gomes Dantas Gurgel.
1. Vigilância em Saúde do Trabalhador. 2. Saúde do Trabalhador. 3. Avaliação em Saúde. I. Gurgel, Idê Gomes Dantas. II. Título.

CDU 331.47

FLÁVIA KARINA WANDERLEY DOS REIS

**VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR NO NÍVEL ESTADUAL EM
PERNAMBUCO: VALIDAÇÃO DE UMA MATRIZ DE MONITORAMENTO**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública.

APROVADO EM:01/03/2018.

BANCA EXAMINADORA

Dr^a. Idê Gomes Dantas Gurgel
Instituto Aggeu Magalhães/FIOCRUZ

Dr^a. Kátia Rejane de Medeiros
Instituto Aggeu Magalhães/FIOCRUZ

Dr^a. Petra Oliveira Duarte
Universidade Federal de Pernambuco

Este foi um trabalho realizado a muitas mãos...

Por isso, Dedico a vocês...

... meus filhos, Ana e Felipe pelo amor incondicional, que sofreram com o meu afastamento, mas foram o motivo e a força constante todos os dias para que eu prosseguisse na caminhada;

... meu companheiro José Carlos Cazumbá, parceiro fiel, cúmplice, companheiro leal, estímulo sempre presente nas horas difíceis, e compreensivo principalmente nas ausências, que não foram poucas, mas principalmente pela paciência e parceria constante;

... meus pais Eliane e Rildo incentivadores maiores, que me ensinaram que o saber é uma ferramenta imprescindível na construção de uma sociedade mais justa;

... meus irmãos Fernanda, Rildo Júnior e Milena, valeu pela força;

... primos que também são irmãos de coração, Cíntia, Rosemary, Ana Patrícia, Roberta Simone, Pedro Henrique.

Galera: demorou, mas cheguei lá;

... minhas tias-mães Eliene, Elineide e Maria Helena, que se desdobravam na retaguarda cuidando das crianças:

muito obrigada!

AGRADECIMENTOS

Para não ser injusta, início agradecendo a vida, e a todos que se fizeram presentes na minha. Nesse caminhar, a única certeza que tenho é que nunca estive só, então, a todos vocês: o meu muito obrigada.

Quero agradecer a muita gente, mas muita gente mesmo...

Contudo, nesse momento, especialmente pela GENEROSIDADE, não posso me furtar de agradecer à Professora Dr^a Idê Gurgel, que findou como minha orientadora, mas lá no início de tudo figurou o meu imaginário como fonte inspiradora.

À Professora e AMIGA Ms. Simara Damázio, “coorientadora”, mas muito, muito, muito, mas muito mesmo, especial pelo significado que tem em minha vida e na de minha família. Pelo simples fato de que o trabalho nos oportunizou o encontro, mas nós duas escolhemos o caminho que seguiríamos juntas.

Às Professoras Dr^a Petra Duarte e Dr^a Kátia Medeiros, pelas contribuições valiosíssimas no momento de qualificação e no parecer trazendo o olhar qualificado para nosso trabalho.

À Monik Duarte que, pacientemente, compartilhou comigo muitos momentos de dúvidas no fazer técnico do trabalho, mas sempre esteve na sintonia positiva do êxito dele.

Aos queridos amigos do Cerest-Recife, OS SOBREVIVENTES: Alexandre David, Helena Brito, Gleidson Castro, Adriana Gomes, Josineide Vieira, Marcelo Ramos e Alexsandra Serrano, não só pela capacidade técnica, mas pelo compromisso diário na construção da saúde do trabalhador.

Às minhas amigas, Emmanuely Lemos, Marcela Nassar, Marcella Abath, Raphaela Bertolini, Priscilla Lima, Renata Vieira, Sandra Souza, Caroline Cordeiro, Natália Nunes, Magda Costa e as aquisições de 2017, Suzana Matos, Marília Gino e Isabela Heráclio.

Aos colegas da turma do Mestrado Profissional em Saúde Pública, turma 2015-2017, do Instituto Aggeu Magalhães. Levarei cada um de vocês em meu coração.

...Um homem se humilha
Se castram seu sonho
Seu sonho é sua vida
E vida é **trabalho**

E sem o seu **trabalho**
O homem não tem honra
E sem a sua honra
Se morre, se mata

Não dá pra ser feliz
Não dá pra ser feliz...

Gonzaguinha, 1983

REIS, Flávia Karina Wanderley. **Vigilância em Saúde do Trabalhador no Nível Estadual em Pernambuco: Validação de uma Matriz de Monitoramento.** 2018. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2017.

RESUMO

A vigilância em Saúde do Trabalhador (Visat) tem por objetivo minimizar os determinantes dos agravos à saúde dos trabalhadores, sendo composta pela intervenção articulada em três dimensões: a promoção da saúde; a prevenção das enfermidades e acidentes; e a recuperação da saúde. Assim, este estudo propôs elaborar um instrumento para o monitoramento das ações da Visat, no nível estadual em Pernambuco. Para tanto, elaborou-se o modelo lógico e a matriz de monitoramento das ações de Visat no nível estadual. Em seguida, esses instrumentos foram submetidos a técnica de consenso por meio do método Delphi, com um grupo de especialistas em duas etapas: na primeira, a apreciação e o julgamento dos indicadores; e na segunda, após novo julgamento a estratificação da matriz em três categorias. Como resultado, obteve-se a participação de 16 dos 20 especialistas selecionados nas duas rodadas, uma matriz de monitoramento consensuada que possui 3 componentes: Gestão Estadual; Rede de Saúde; e Controle Social. Além de 14 subcomponentes e 57 indicadores de monitoramento. Essa matriz é um instrumento que poderá subsidiar processos de monitoramento e avaliação com vistas a contribuir para definição de prioridades e adoção de estratégias mais efetivas e qualificadas nas ações de Visat no nível estadual.

Descritores: Saúde do Trabalhador. Vigilância em Saúde. Vigilância em Saúde do Trabalhador. Avaliação em Saúde.

REIS, Flávia Karina Wanderley. **Occupational Health Surveillance at the State Level in Pernambuco: Assessment of a Monitoring Matrix.** 2017. Dissertation (Master in Public Health) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2018.

ABSTRACT

Occupational Health Surveillance (OHS) aims to minimize the determinants of health problems for workers. OHS is made up of articulated intervention in three dimensions: health promotion; prevention of diseases and accidents; and recovery of health. Therefore, this study proposed to elaborate an instrument for the monitoring of the actions to OHS, at the state level in Pernambuco/Brazil. For this purpose, it was elaborated a logical model and the monitoring matrix of the OHS actions at the state level. Then, these instruments were submitted to a consensus technique using the Delphi method, with a group of specialists in two stages: 1st) the evaluation and judgment of the indicators; 2nd) after retrieval layering of the matrix into three categories. As a result, 16 of the 20 selected experts participated in the two rounds, a consensus monitoring matrix that has 3 components: state management; health network; and social control. Additionally, it was added 14 subcomponents and 57 monitoring indicators. This matrix is an instrument that can support monitoring and evaluation processes in order to contribute to the definition of priorities and adoption of more effective and qualified strategies in the actions of OHS at the state level.

Keywords: Occupational Health. Public Health Surveillance. Surveillance Of The Workers Health. Health Evaluation.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Esquema metodológico do trabalho.	40
Figura 2 - Mapa da regionalização em saúde do estado de Pernambuco, delimitação da área de abrangência dos Cerests, regiões e macrorregiões de saúde.....	42
Quadro 1 - Distribuição dos municípios e do território estadual de Fernando de Noronha, segundo a Renast no estado de Pernambuco.....	43
Quadro 2 - Distribuição dos participantes do estudo, segundo as representações. .	44
Quadro 3 - Descrição dos objetivos do estudo, segundo o período de realização. ...	45
Quadro 4 - Referencial documental observado na sistematização do modelo lógico e da matriz de monitoramento da Visat no nível estadual.	46
Figura 3 - Estrutura de um modelo lógico.....	49
Quadro 5 - Classificação do indicador quanto a obtenção do nível de consenso.....	51
Quadro 6 - Modelo lógico da Visat no nível estadual.	56
Quadro 7 - Matriz final de monitoramento da Visat no nível estadual	72
Quadro 8 - Matriz de julgamento para avaliação da Visat no nível estadual	77

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição do grupo de especialistas: 1ª rodada, método Delphi.	62
Tabela 2 - Indicadores da Visat no nível estadual: 1ª rodada do formulário de julgamento.....	64
Tabela 3 - Distribuição do grupo de especialistas: 2ª rodada, método Delphi	67
Tabela 4 - Indicadores da Visat no nível estadual: 2ª rodada do formulário de julgamento.....	68

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Cerests – Centros de Referência em Saúde do Trabalhador

CIST - Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador

CNS - Conselho Nacional de Saúde

CRESAT – Centros de Referência em Atenção à Saúde do Trabalhador

LOS – Lei Orgânica da Saúde

MS – Ministério da Saúde

MT – Medicina do Trabalho

PNSST – Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho

PNSTT –Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora

PST/SUS/PE – Programa de Saúde do Trabalhador em Pernambuco

Renast – Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador

SES-PE – Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco

SO – Saúde Ocupacional

ST – Saúde do Trabalhador

SUS – Sistema Único de Saúde

US – Unidades Sentinelas

Visat – Vigilância em Saúde do Trabalhador

VS – Vigilância em Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 OBJETIVOS	19
2.1 Objetivo geral	19
2.2 Objetivos específicos.....	19
3 REFERENCIAL TEÓRICO	20
3.1 Sobre a Relação Trabalho e Saúde	20
3.2 Sobre a saúde do trabalhador	22
3.3 Sobre a Vigilância em Saúde	28
3.4 Sobre Vigilância em Saúde do Trabalhador	32
3.5 Sobre a avaliação em saúde	35
3.6 Sobre o Modelo Lógico.....	37
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	40
4.1 Desenho de Estudo	40
4.2 Área do Estudo.....	41
4.3 População de Estudo	43
4.4 Período de Estudo.....	45
4.5 Técnicas, Instrumentos e Procedimentos.....	45
4.5.1 <i>Análise documental</i>	45
4.5.2 <i>Sistematização das informações</i>	46
4.5.3 <i>Validação do modelo lógico e da matriz de indicadores</i>	49
4.5.4 <i>Construção do instrumento de monitoramento e avaliação da Visat no nível estadual</i>	52
4.6 Considerações éticas	53
5 RESULTADOS	54
5.1 Modelo Lógico	54
5.2 Matriz Preliminar de Indicadores	61
5.3 Método Delphi	61
5.3.1 <i>Primeira rodada de julgamento</i>	61
5.3.2 <i>Segunda Rodada de Julgamento</i>	67
5.4 Matriz final de monitoramento da Visat no nível estadual	72
5.5 Matriz de julgamento para avaliação da Visat no nível estadual	76
6 DISCUSSÃO	83

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	93
REFERÊNCIAS.....	95
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	106
APÊNDICE B - Matriz Preliminar de Indicadores da Visat no Nível Estadual...108	
ANEXO A - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos	111

1 INTRODUÇÃO

Ao refletir sobre saúde do trabalhador, o ponto de partida da observação relaciona-se intrinsecamente com o conceito que é assumido a respeito da dimensão trabalho. A partir dessa reflexão, destaca-se a importância que o trabalho continua a ter na sociedade contemporânea, compreendendo-o como uma dimensão vital para a humanidade (ANTUNES, 2005).

Em observância à importância do papel do trabalho na vida das pessoas e na sociedade, o campo da Saúde do Trabalhador (ST) no Sistema Único de Saúde (SUS), em sua construção, reflete o acúmulo técnico-científico, incorporando as relações internas das forças sociais, concorrido entre o movimento organizado dos trabalhadores e os espaços políticos institucionais dos níveis de gestão e das instituições produtoras de conhecimento (SOUZA; VIRGENS, 2013).

A partir da Constituição Federal de 1988, e a aquisição do direito à saúde por todos os cidadãos, podem-se destacar, dentre outros avanços, os relacionados à saúde do trabalhador, que adquire um novo sentido e delineamento institucional (BRASIL, 1988). A partir de então, a saúde é compreendida como uma ação dinâmica, relacionada aos modelos econômicos e de produção da sociedade, em que o entendimento da forma como homens e mulheres se colocam nos espaços de trabalho é determinante para a especificidade de doenças e morbidades que acometem as populações (BRASIL, 2001), demandando a adoção de novas formas de abordagem, compreensão ampliada dos determinantes e condicionantes do processo saúde e da doença, reestruturação do sistema de saúde e incorporação de saberes e metodologias que atendam as essas novas configurações.

Entre as atribuições do SUS, a Lei Orgânica da Saúde (LOS), aponta a área da saúde do trabalhador, compreendida como um conjunto de atividades destinadas à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores por meio das ações de vigilância epidemiológica e sanitária, assim como a recuperação e reabilitação daqueles trabalhadores submetidos aos riscos e agravos oriundos das condições de trabalho, compreendendo a dimensão trabalho como determinante e condicionante da saúde (BRASIL, 2011).

Assim, surge a necessidade da implementação das ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador (Visat), sob a perspectiva da promoção da saúde e a redução da morbimortalidade relacionada ao trabalho. Executada de maneira integrada,

através de ações capazes de impactar na condição de saúde da população trabalhadora, atuando nos agravos e seus determinantes, oriundos de processos produtivos e dos modelos de desenvolvimentos adotados (VASCONCELLOS; GOMEZ; MACHADO, 2014).

Porém, apesar de terem sido observados avanços, muitos desafios se apresentam ainda com relação a implementação das ações de Visat, não devendo estas serem assimiladas em caráter reducionista, apenas em sua dimensão corretiva, superando a visão fragmentada proporcionando um olhar ampliado no sentido da vigilância e prevenção.

Tomando como marco da consolidação da área de ST dentro do Ministério da Saúde (MS), a década de 90, pôde-se observar a ampliação do objeto de intervenção da saúde pública que incorporasse a categoria trabalho em seu conjunto de atribuições. Nesse período, várias iniciativas foram adotadas, compreendendo desde a institucionalização da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador (CIST), no âmbito do Conselho Nacional de Saúde (CNS), até a criação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast) (VASCONCELLOS et al., 2013).

Nesse sentido, a Renast, tem nos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerests), os principais operadores no sistema de saúde. Estes deveriam assumir o papel prevencionista da atenção à saúde, ofertando retaguarda técnica e pedagógica ao SUS no desenvolvimento de suas ações (VIANNA et al., 2015).

Em observância à consolidação da ST na esfera federal, diversos dispositivos legais foram propostos com objetivo de subsidiar a implantação das ações relativas a ST no SUS, assim como com relação a Visat. No que tange à Visat, devem ser mencionadas, a portaria MS nº 3.120/1998, que aprova a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS, a portaria MS nº 3.908/1998, que tem o objetivo de orientar e instrumentalizar as ações e serviços de saúde do trabalhador no SUS, culminando com a portaria nº 1.823/2012 que institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT).

Compreendida como estruturante no cuidado à ST, pela Portaria nº 1.823/2012, a Visat deve atender à perspectiva da integralidade do cuidado, sobretudo no que diz respeito a vigilância dos agravos à saúde da população trabalhadora, e suas relações com os demais componentes da vigilância em Saúde

(VS), destacando o dos ambientes e condições de trabalho, e sua vinculação com atuação da Vigilância Sanitária e da Ambiental, reconhecendo a ligação estabelecida entre as violações ambientais e processos produtivos causadores de agravos e doenças relacionadas ao trabalho (AMORIM et al., 2017; BRASIL, 2016).

No tocante a estruturação das ações de ST no âmbito estadual, o estado de Pernambuco, traz desde a Constituição Estadual de 1989, cuja a última versão foi atualizada através da Emenda Constitucional nº 32 de 18 de dezembro de 2008, a inserção da temática da ST (PERNAMBUCO, 2005a). Nesse contexto, em 1994, por meio da publicação da Portaria nº 942, de 14 de dezembro de 1994 foi institucionalizado o Programa de Saúde do Trabalhador do SUS/PE (PST/SUS/PE) (MÉLO, 2013; PERNAMBUCO, 2005b), que estruturou os Centros de Referência Especializados em Saúde do Trabalhador (Cresat) no âmbito estadual o qual, entre outras atribuições deveriam apresentar estratégias para proporcionar a assistência à saúde dos trabalhadores (FERREIRA; LAPA; VASCONCELOS, 2014).

Por meio do Decreto nº 20.786 de 10 de agosto de 1998, é regulamentado o Código Sanitário de Pernambuco, que destaca no Artigo 1º, a incorporação da vigilância em saúde do trabalhador como integrante da vigilância em saúde, devendo a atuação ocorrer de forma integrada na perspectiva da proteção e defesa da qualidade de vida (PERNAMBUCO, 2005c).

Em concordância com as proposições referentes ao processo de regionalização (BRASIL, 2006), em Pernambuco, foi estabelecida a distribuição dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerests), compreendendo a criação de oito Cerests de abrangência regional e um Cerests de abrangência estadual, e definidos os serviços de rede sentinela para atenção à saúde do trabalhador (FERREIRA; LAPA; VASCONCELOS, 2014). Em 2014, por meio da resolução CIB/PE nº 2.613/2014, ocorreu a reorganização da rede de atenção à saúde do trabalhador para o estado de Pernambuco, instituída, porém ainda não implementada (PERNAMBUCO, 2014).

Ainda que este conjunto de dispositivos esteja disponível, compreendendo a Visat sob a ótica de uma ação de Estado coordenada e em sintonia com os entes envolvidos na sua implementação, deparamo-nos com o longo caminho a ser percorrido até reconhecermos a existência de um sistema de Vigilância em Saúde do Trabalhador, com essas características. Apesar da expectativa desses dispositivos criarem ambiente favorável para a implementação das ações, ainda são poucas às

situações em que se observa a implementação de ações sistemáticas de Visat (VASCONCELLOS; MACHADO, 2011).

Com sua atuação voltada para a intervenção nos ambientes, processos e formas de organização do trabalho geradores de agravos à saúde, através da Visat, passa-se a incorporar a dimensão preventiva da saúde do trabalhador (VASCONCELLOS; GOMEZ; MACHADO, 2014). Desse modo, apresentam-se características, de uma prática democrática com dimensão participativa, através da inclusão dos trabalhadores, principais protagonistas e sujeitos indispensáveis a sua concretização, nesta perspectiva de vigilância em saúde do trabalhador (PINHEIRO et al., 2013).

A Visat como a estrutura capaz de intervir sobre os processos de trabalho e processos produtivos e, por conseguinte, sobre os processos de desenvolvimento, se estabeleceu como o lócus privilegiado para elaboração e execução da política de Estado em saúde (VASCONCELLOS, 2007).

Com relação a implementação de políticas de saúde, deparamo-nos com as dificuldades existentes entre a articulação das diretrizes propostas pelas políticas e programas de saúde, e suas relações com as mudanças observadas nos procedimentos legais e administrativos na gestão do SUS, a saber o processo de descentralização; a maior complexidade do perfil epidemiológico, requerendo a incorporação de novas abordagens e assimilação de novas tecnologias, emergindo a preocupação das organizações e serviços relativos à avaliação de políticas e programas de saúde (FIGUEIRÓ; FRIAS; NAVARRO, 2010).

A avaliação de intervenções ligadas à gestão pública e ao funcionamento do sistema político, vislumbra a melhoria de sua operacionalização e efetividade, podendo estes processos de avaliação ser definidos de diferentes maneiras, mas sempre tendo como objetivo fazer um julgamento de valor (FELISBERTO et al., 2009).

Apesar do avanço com relação à expansão das ações de ST, justificadas principalmente pela incorporação da ST em 20 anos do SUS, e na implantação dos Cerests em todas as unidades da federação, diferenças foram observadas no acesso, na qualidade e na oferta serviços, o que sinalizou a necessidade de uma avaliação mais específica, como preconizado o Manual de Gestão e Gerenciamento da Renast (MACHADO, et al., 2013).

Algumas tentativas de monitoramento já foram pretendidas no âmbito da saúde do trabalhador no Brasil. Essas iniciativas, buscaram a observação do processo de estruturação da Renast e de avaliação das suas ações, com destaque àquelas desenvolvidas pelos Cerests com vistas à identificação de dificuldades e potencialidades, para redefinição de caminhos e estratégias de apoio para o fortalecimento da rede, em especial com os objetivos da PNSTT, consonante às Diretrizes de Vigilância em Saúde do Trabalhador (BRASIL, 2013, 2014; MACHADO et al., 2013;).

Reconhecidamente, para efetivação das ações de vigilância é imperativo que a categoria trabalho ocupe o centro da discussão, e permaneça fundamentada em seus princípios, extrapolando sua atuação para além dos fatores de risco, utilizando referencial teórico e metodológico disponível na perspectiva do aprimoramento no desenvolvimento de suas ações (COSTA et al., 2013).

É sabido, que o conjunto de fatores como, suficiência de aporte de recursos, metodologias adequadas, poder de análise, fundamentados em defesa do interesse público, tornará viável abordar a complexidade do campo da ST. Uma vez que, a ST se distingue, seja pelo caráter das relações sociais envolvidas, quanto pelos diversos aspectos e implicações relacionados, constituintes das atividades laborais, tendo uma relação direta com acidentes e adoecimentos (VILELA; ALMEIDA; MENDES, 2012).

Considerando a contribuição da Visat para adoção de práticas preventivas e fortalecimento das ações de promoção da saúde do trabalhador, sob a égide de uma perspectiva avaliativa imprescindível para aperfeiçoamento do sistema onde, as informações produzidas, subsidiem a tomada de decisão da gestão no sentido do fortalecimento de uma rede articulada de ações de Visat, organizando os serviços já instalados, comprometida com a melhoria da qualidade da atenção prestada à população de trabalhadores, este trabalho se propôs a responder à indagação: quais indicadores de monitoramento da Visat, no nível estadual consensuados através de um grupo de especialistas, devem compor o instrumento de monitoramento para o estado de Pernambuco?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Desenvolver um instrumento para monitoramento e avaliação da Vigilância em Saúde do Trabalhador para o nível estadual.

2.2 Objetivos específicos

- a) Elaborar o modelo lógico da Visat no nível estadual;
- b) Construir e validar a matriz de monitoramento da Visat no nível estadual;
- c) Elaborar e disponibilizar uma matriz de julgamento para avaliação da Visat
- d) no nível estadual.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Sobre a Relação Trabalho e Saúde

Torna-se imprescindível, ao se debruçar sobre a temática da saúde do trabalhador uma reflexão a respeito do trabalho. Desse modo, sob a égide do conceito de trabalho apresentado por Marx, entendemos que o trabalho é caracterizado pela relação estabelecida entre o homem e a natureza, com a finalidade de atender suas necessidades (MARX, 2011). A partir dessa definição serão ancoradas nossas considerações.

A característica mais importante do trabalho, é a possibilidade de produzir valor ou mais valia. O valor de um produto ou bem é determinado através do montante de trabalho empreendido para sua produção. Nesse âmbito, a geração de valor de uma mercadoria está diretamente relacionada à forma e ou os processos de produção e quantidade de trabalho utilizados (MARX, 2011).

Na perspectiva marxista, a categoria processo de produção é determinante para o entendimento dos problemas de saúde dos trabalhadores. Porém é importante destacar que apesar deste ser o principal ponto de aproximação entre o marxismo e a ST, esse não é o único (ALVES, 2015).

Antunes (2005) descreve o mundo do trabalho como aquele que apesar de criar, humanizar, libertar e emancipar, também escraviza, aliena e degrada, reforçando a centralidade do trabalho na vida humana. Na década de 1970, após a crise estrutural do capital, o capitalismo apresenta sinais críticos de esgotamento. A partir desse contexto, evidencia-se a expressão do neoliberalismo e a reestruturação produtiva do modelo de acumulação flexível, provocando grandes modificações no mundo do trabalho, agravando o desemprego estrutural, o aumento do trabalho precarizado, violações ao meio ambiente, provocadas pela lógica de uma sociedade pautada na produção de mercadorias e na valorização do acúmulo do capital (COSTA, 2006; GOMES et al., 2012).

No modo de produção capitalista, sob a premissa da acumulação de bens, propicia-se a intensa disputa entre os agentes econômicos, levando a alterações constantes em seus processos de produção, produzindo novas formas de tecnologias produtivas e de gestão do trabalho. Deve ser destacado que o grande

volume de modificações das forças produtivas, pode levar à elevação da exploração e danos aos trabalhadores (ALVES, 2015).

As questões provocadas pelas modificações organizacionais e tecnológicas estabelecem uma relação direta com as representações de classe dos trabalhadores, demandas diversas como, configurações demográficas, modalidade de contratação, características locorregionais de uso e de remuneração do trabalho, fazem parte do contexto (RAMALHO; SANTOS, 2016).

Essas modificações são observadas atualmente nos níveis dos sistemas econômico, político e social, e são justificadas pelo mercado, interferindo nas relações de trabalho. Impondo uma lógica econômica e financeira de desenhos globais, elevando os princípios de produtividade e competitividade a um lugar de ordenação dos discursos e conduções políticas, em que força de trabalho é convertida em uma mercadoria como qualquer outra (MARQUES, 2013).

Ramalho e Santos (2016), apresentam, diante do cenário político e econômico brasileiro nos últimos tempos, avanços com relação ao crescimento econômico, uma conjuntura de redução da pobreza e incremento das condições e relações de trabalho no Brasil, apontando como urgentes novas respostas políticas no reordenamento do arranjo social de grupos e classes em conflito. Ante ao contexto, são centrais nesse processo a organização dos sindicatos e partidos trabalhistas, o requerimento da urgência em novas formas de protagonismo e representações, considerando um projeto democrático e mais incluyente, social, econômica e politicamente.

Como exemplo dessas novas configurações, no Brasil, pode-se observar o modelo do agronegócio, com destaque ao ramo da cana-de-açúcar, uma vez que o Brasil é o maior produtor mundial, chegando a produzir 480 milhões de toneladas de cana-de-açúcar por ano. Nesse ramo, constata-se o incremento na adoção de novas tecnologias relacionadas diretamente com a exploração crescente dos lucros dos detentores do capital reforçando o poder de dominação do capital frente a submissão das relações sociais (SHIMADA, 2014).

Uma consideração a ser observada, ainda, é o modo como o trabalho é abordado no âmbito jurídico. Já que é sua competência a proteção (relação de emprego e as relações de trabalho avulsas), não devendo ser compreendido de forma rígida e, portanto, desobrigado de reformulações. Assim, devem ser consideradas suas novas reordenações numa perspectiva dinâmica atrelada ao

movimento próprio das relações sociais da história. Em observância à essa dinâmica, é necessário que o trabalho como objeto de investigação seja permanentemente pesquisado e reinterpretado, e observado como um direito fundamental, pautado na dignidade da pessoa humana (DUARTE, 2010).

O período de reestruturação da economia e globalização do mercado que provocou intensas alterações na organização do trabalho, atingiu sobremaneira, nas relações sociais, repercutindo na significação do trabalho, estabilidade, remuneração, e alcançando inclusive a saúde dos trabalhadores. Como consequência dessas novas conformações, temas como saúde, proteção e segurança social passam a ocupar papel secundário na pauta de luta dos sindicatos. O encolhimento do Estado, diminuindo a ação em políticas sociais, assistência e seguridade social, saúde pública, contrapõe a constituição federal e se afasta de um sistema de bem-estar social (DIAS et al., 2011).

A saúde como direito social encontra-se inserida nas prerrogativas do campo bem-estar social, sendo entendido nesse aspecto como o exercício do direito de ter serviços de saúde preventiva e curativa de qualidade. Assim como o trabalho, a saúde é um direito social, porém esta se apresenta com uma referência comum a todos os cidadãos. Seu alcance atinge a proteção do indivíduo pela garantia de condições de vida, de meio ambiente e de trabalho que não comprometam esse bem essencial, assim como pela existência de estruturas públicas voltadas à prestação de cuidados adequados à manutenção e à recuperação do estado de bem-estar pessoal (DUARTE, 2010).

No cenário colocado pela reestruturação produtiva na sociedade capitalista, tendo como contexto diversas inovações tecnológicas e organizacionais, a dimensão trabalho e, conseqüentemente, a saúde para o trabalhador, assume papel imprescindível na discussão de formas dignas e tornam-se elementos indispensáveis para a manutenção de condições adequadas nos processos/ambientes de trabalho e na potencialização da vida dos sujeitos (LARA, 2011).

3.2 Sobre a saúde do trabalhador

Ao refletir sobre a saúde do trabalhador, temos que estabelecer algumas fundamentações necessárias para nossas observações. Nesse aspecto optou-se por

um percurso até que se consiga, de uma maneira didática, descrever a trajetória desde a medicina do trabalho até a compreensão da saúde do trabalhador como conhecemos atualmente.

O surgimento da Medicina do Trabalho (MT) enquanto uma especialidade da medicina, ocorre em meio a Revolução Industrial, no início do século XIX na Inglaterra. Essa especialidade médica se manifestou por conta da exposição dos trabalhadores a um processo de produção desumano, ocasionando a necessidade de uma intervenção nesse momento, sob risco de tornar impossível a sustentabilidade dos meios de produção. Assim, surge a primeira geração serviços médicos de empresas, sendo estes rapidamente disseminados sob a perspectiva da preservação da condição produtiva de seus empregados (MENDES; DIAS, 1991).

Com essa filosofia, a inserção de um médico nas fábricas conjugava dois objetivos: identificar processos nocivos à saúde e se apresentava como um instrumento do empresário para recuperação das funções laborativas do empregado, sob a perspectiva de manutenção de sua capacidade produtiva. Nessas circunstâncias, mantinham-se as premissas tradicionais, centrada numa observação estritamente biológica, individual, limitado ao ambiente da fábrica, numa relação unicausal em que se explicariam as causas dos acidentes e adoecimentos (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997).

Importante observar que o surgimento da MT se dá externamente às construções da saúde pública, permanecendo assim em um número significativo dos países pelo mundo. O Brasil, apesar de ser dotado como modelo de desenvolvimento o capitalismo, é o único país do mundo que resgata o âmbito das relações saúde-trabalho para o ambiente dessa discussão no cerne das políticas públicas de saúde no país, a partir da Lei Orgânica da Saúde nº8.080/90, na estruturação do SUS (VASCONCELLOS; PIGNATTI, 2006).

Porém ainda que instituída na perspectiva da preservação das condições de saúde dos trabalhadores e assim na manutenção de suas capacidades produtivas, a MT se apresentou impotente diante dos problemas de saúde decorrentes dos processos produtivos, o que provocou insatisfação e reivindicações dos trabalhadores no sentido de não serem apenas objetos das ações, e dos empregadores pelos custos decorrentes dos agravos à saúde de seus trabalhadores. Sob essa configuração um novo posicionamento emerge, ao qual é caracterizado pela ampliação da competência médica voltada ao trabalhador,

intervindo sobre o ambiente incorporando instrumental de outras disciplinas e profissões, enunciando a Saúde Ocupacional (SO) (MENDES; DIAS, 1991).

Na SO, a abordagem é fincada na interdisciplinaridade, compreendendo a relação estabelecida entre o ambiente de trabalho e o trabalhador. Nesta, a multicausalidade é assumida como teoria, a partir da concepção de que um grupo de fatores de risco devem ser considerados para a produção da doença, observada por meio da clínica médica, de indicadores do ambiente e biológico de exposição e efeito. Considera ainda o modelo de História Natural da Doença, compreendendo-o seja individualmente ou em coletividades, como decorrente da conjugação permanente entre o agente, o hospedeiro e o ambiente (BEZERRA; NEVES; 2010).

A SO nasce, sobretudo, no âmbito das grandes empresas, assimilando características de multi e interdisciplinaridade, através da estruturação crescente de equipes multiprofissionais com ênfase na higiene industrial. No Brasil, seu desenvolvimento se deu tardiamente e não conseguiu atingir seu objetivo voltado para atender a necessidade da produção. Podem-se destacar como fatores dificultadores de sua implementação: a manutenção da referência a medicina do trabalho fincada no mecanicismo; a não concretização da interdisciplinaridade, ocorrendo apenas a justaposição das atividades e o descompasso na produção de conhecimentos e de tecnologias que não acompanham as transformações do mundo do trabalho. Apesar de intencionar a abordagem coletiva, permanece a entender os trabalhadores apenas como objeto das ações de saúde; e a manutenção da SO no cerne do trabalho em detrimento do setor saúde, caracterizando a insuficiência da saúde ocupacional e o surgimento da saúde do trabalhador (MENDES; DIAS, 1991).

A saúde do trabalhador como é compreendida, caracteriza-se por um conjunto de conhecimentos e práticas tendo como fundamentação teórico-metodológico no Brasil, as construções da Saúde Coletiva, com vistas a entender e modificar as relações trabalho e saúde-doença, centradas na incorporação de um novo ator social: a classe trabalhadora. Isso, em um contexto social de grandes modificações socioeconômicas e políticas. Ante a esse cenário, contrapõe-se às práticas da SO, tentando superar essas modificações, afiliando-se aos fundamentos conceituais da Medicina Social Latino-Americana no âmbito da determinação social do processo saúde-doença, à Saúde Pública e pela saúde coletiva ao observar o processo de sofrer, adoecer e morrer do conjunto de trabalhadores inseridos nos diferentes processos produtivos (LACAZ, 2007).

Para consolidação dos avanços relativos às Políticas Públicas, a sociedade brasileira tem fomentado diversas ações com objetivo da consolidação da atenção integral à saúde do trabalhador, compreendendo ações de assistência, promoção, vigilância e prevenção de acidentes e doenças relacionados ao trabalho (COSTA et al., 2013).

Essas iniciativas criam pano de fundo para a institucionalização da área da saúde do trabalhador, evento que transcorre paralelo ao processo de redemocratização ocorrido no Brasil. Emerge daí o Movimento da Reforma Sanitária, propondo um novo modelo de Saúde Pública, que compreende também a Saúde do Trabalhador como campo de práticas institucionais no SUS (BRASIL, 2006).

Desde que a saúde do trabalhador foi inserida no SUS, a partir da perspectiva ideológica e normativa como competência da saúde pública, vem se delineado políticas para essa área. O marco inicial das ações de saúde do trabalhador na rede pública, ocorre através da institucionalização da Constituição Federal de 1988, e pela posterior regulamentação da Lei Orgânica da Saúde nº. 8.080/90, incorporando a dimensão trabalho como condicionante e determinante no processo saúde-doença, conferindo ao SUS a responsabilidade pela integralidade das ações à saúde dos trabalhadores (SOUZA et al., 2013).

O modelo proposto inclui a participação dos trabalhadores na gestão e nas ações desenvolvidas, enfatiza as ações de vigilância e de educação em saúde e é amplamente discutido na 1ª Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores em dezembro de 1986, organizada em seguimento da 8ª Conferência Nacional de Saúde (SANTANA; SILVA, 2009).

Tais ações foram previstas, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS, a saber, universalidade, integralidade, descentralização, equidade, hierarquização, informações epidemiológicas, regionalização e o controle social, incorporando as relações saúde e trabalho como elenco de atribuições também da atenção básica (AB) (VASCONCELLOS et al., 2013).

A incorporação da saúde do trabalhador pela saúde pública deu-se de forma parcial, travando uma batalha permanente de desenvolvimento técnico-operacional transversal às práticas de saúde. Nesse sentido, a produção de conhecimentos em saúde compartilha responsabilidade de assinalar a centralidade da categoria trabalho na saúde pública, o que vem sendo tratado de maneira equivocada, considerando que grande parte das produções acadêmicas da área de ST está

tratando da observação de agravos relacionados ao trabalho (VASCONCELLOS; MACHADO, 2011).

A união de fatores como um modelo de desenvolvimento marginal e submisso à opressão do capital, as novas conformações da atividade econômica, o desenvolvimento das forças produtivas, industrialização exacerbada, condições precárias de trabalho, fragilização das relações de trabalho, desemprego e especialização tecnicista da agricultura, tem proporcionado mudanças na apresentação das formas de adoecer e morrer dos trabalhadores. Esse agravo se dá porque, embora, desde a constituição de 1988 seja proposta a transversalidade da política de saúde, essas mudanças não foram ainda plenamente incluídas no fazer saúde pública (AUGUSTO, 2005).

Em um contexto permeado pela não transversalidade das políticas públicas, em que o Estado regula os conflitos entre capital-trabalho de forma pouco efetiva, foi aprovada a Política Nacional de Saúde e Segurança no Trabalho, fruto de pressões dos profissionais e representantes da sociedade civil, que agiria como uma resposta do Estado aos entraves relacionados à fragmentação e à precariedade das ações públicas. Porém ao se avaliar a portaria é observada sua fragilidade e limites, considerando que ao contrário de incentivar ações de cunho integrais e articuladas entre os ministérios, praticamente se reitera as atribuições vigentes dos diferentes ministérios e instituições (COSTA et al., 2013).

Sob essas considerações, o Ministério da Saúde, em iniciativa de grande destaque, institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, através da Portaria MS nº 1.823/2012 (BRASIL, 2012), delimitando a incorporação do SUS no contexto da PNSST, estabelecendo as diretrizes e estratégias de atuação do SUS nos diferentes níveis para promoção das ações com vistas a integralidade da ST, fortalece o escopo teórico, o aglomerado de princípios e diretrizes da ST e prescreve de maneira objetiva a ênfase na vigilância. Porém, observa-se uma fragilidade no cerne da vigilância, visto que, de acordo com a redação final, só é competência dos Cerests, integrantes da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador, a realização das ações de vigilância quando os municípios não possuem competência técnica e operacional, ou naquelas ações consideradas de maior complexidade, evidenciando a ausência de prioridades e programas do território (COSTA et al., 2013).

A Renast (BRASIL, 2002), se configura desde a sua criação como local estratégico de oferta da atenção à saúde dos trabalhadores, é influenciada ainda pelas origens de seu surgimento, advinda dos centros de referência e dos programas de saúde do trabalhador de cunho assistencial. É possível ser observado ainda o distanciamento entre a atenção e a vigilância, priorizando a atenção perpetuando ao proposto desde sua origem (LOURENÇO; LACAZ, 2013).

Seu surgimento no SUS, advém de um modelo de ST que não trazia vinculação com a rede de saúde, permanecendo em uma instância paralela ao sistema. Assim as estruturas não mantinham relações consistentes entre si, ainda que tivessem uma função estratégica para fortalecimento da área de saúde do trabalhador no SUS, suas capacidades de avançar sob novas perspectivas de rede pareciam esgotadas (LEÃO; VASCONCELLLOS, 2011).

Como já descrito, desde sua institucionalização a ST em sua organização, esteve em sua grande parte ligados às Secretarias Municipais de Saúde espalhadas por todo país, porém havia ainda serviços em hospitais universitários e sindicatos. Apesar de assumir como estratégia a centralidade das ações relativas a ST, propiciou, mesmo que de forma setORIZADA, alguns avanços, desenvolvimento de experiências e produção de conhecimento, formação de técnicos, nesse momento de forma segmentada, e possibilitou a luta por melhores condições de trabalho e de vida (DIAS et al., 2010).

Porém um destaque deve ser dado com relação a manutenção da posição periférica da ST ocupada diante das políticas de saúde do SUS, tornando-se imprescindível e oportuna, novas práticas que rompessem com essa condição, e assim incorporada completamente ao SUS, garantindo a assimilação de ações de ST, sejam de cunho assistenciais como de vigilância, em todos os níveis de atenção (DIAS et al., 2010).

Constituída a partir de uma rede de Cerests, a Renast é estabelecida a partir da integração de ações transversais em saúde do trabalhador, que percorrem desde a gestão, informação, definição e a integração das ações de vigilância e assistência nos diferentes níveis de atenção, desempenhando o papel de referência para o matriciamento da Renast e toda rede SUS. Ainda que sejam observadas diversas dificuldades, a Renast é destacada como uma estratégia bem-sucedida, porém não pode ser esquecido as desigualdades das áreas de cobertura regional dos Cerests,

considerando o modelo municipalizado implementado pelo SUS (MACHADO et al., 2013).

3.3 Sobre a Vigilância em Saúde

As primeiras ações de prevenção e controle registradas no Brasil datam do século XVII, quando foram observadas práticas de vigilância no sentido de combater a febre amarela. Destacam-se a prática da quarentena, medida muito adotada naquele momento, focalizando as ações sobre o doente e não sobre a doença (SILVA JÚNIOR, 2004). Deve-se destacar, ainda, as ações ocorridas especialmente no Rio Grande do Sul na década de 70 durante a campanha de erradicação da varíola (WALDMAN, 2009).

Neste cenário em meio ao desenvolvimento da microbiologia e de conhecimentos relativos à transmissão de doenças infecciosas, a vigilância em saúde (VS) nasce como uma ferramenta da saúde pública, trabalhando dados e gerando informações com objetivo de instrumentalizar a adoção de estratégias adequadas aos indivíduos observados como uma alternativa a estratégia da quarentena (ARREAZA; MORAES, 2010).

Assim, inicialmente a utilização do termo vigilância estava relacionado ao isolamento e à quarentena, visando a identificação de indivíduos acometidos de agravos transmissíveis e seus possíveis comunicantes, para iniciar as intervenções, sendo observado no decorrer do tempo um aprimoramento no conceito. Na década de 50 nos Estados Unidos, é que foi introduzido um conceito moderno de vigilância, em que as ações eram fundamentas no acompanhamento continuo dos agravos nas populações com objetivo de aperfeiçoar as estratégias de controle (WALDMAN, 2009).

No Brasil, desde a garantia dos direitos fundamentais do cidadão, inclusive o direito à saúde, previstos na constituição de 1988, o SUS tem estabelecido avanços, apesar de ainda estarmos aquém da condição desejada. Modificações podem ser observadas, no âmbito das políticas públicas de saúde, a saber diminuição da mortalidade infantil, controle de doenças infecciosas, implementação de programas para populações específicas como o de imunoprevinívies e de doenças sexualmente transmissíveis, a estratégia de saúde da família (ESF), proporcionando capilaridade

da oferta de serviços no território ofertando uma reorientação no modelo de atenção à saúde (MENICUCCI, 2009).

Em decorrência da reorientação desse modelo, a VS incorpora práticas interventoras não restritas apenas a prevenção e controle dos danos, ao adotar os diversos componentes do processo saúde-doença como objeto, na perspectiva de um sistema integrador, foram inseridos elementos de organização e estruturação com vistas a seu fortalecimento (OLIVEIRA; CRUZ, 2015).

A VS pode ser observada em diversos países, apresentado uma gama de conceitos e diversas práticas instituídas, compreendendo ações diversas e amplas de concepção e compartilhamento da informação, assim como a realização de atividades na perspectiva do controle dos riscos e danos e o ordenamento das ações e serviços de saúde (COSTA et al., 2015).

No que diz respeito a implementação, o marco inicial ocorre através da Lei 6.259/75, regulamentada pelo Decreto 78.231/1976, que normatiza o Sistema Nacional de Vigilância em Epidemiológica, concebido após a V Conferência Nacional de Saúde. Assim, em seguida ocorreu o delineamento de suas atribuições, podendo ser observada de forma contundente a centralidade das ações e do custeio através da instância federal no Ministério da Saúde (PINTO JÚNIOR; CERBINO NETO, 2011). A partir daí, em todo território brasileiro passaram ser estruturados serviços responsáveis pelo desenvolvimento dessas ações (TEIXEIRA et al., 2011).

No Brasil, o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde tem por objetivo analisar a situação de saúde da população e articular-se em um conjunto de ações que se destinam a controlar determinantes, riscos e danos à saúde. O núcleo de suas atividades envolve a produção de informações e o desenvolvimento de ações de promoção da saúde, prevenção e controle de doenças e agravos. Essas atividades são compartilhadas entre os três níveis de gestão do SUS (FARIA; BERTOLOZZI, 2009; ARREAZA; MORAES, 2010).

Na VS, ao considerar as condições de vida em seu escopo de atribuições, é observada uma ampliação do conceito de vigilância epidemiológica, através da integração de práticas voltadas para o indivíduo e coletividades, nos diversos aspectos das necessidades sociais de saúde, compreendendo além do monitoramento dos riscos, danos e agravos, a determinação sócio-ambiental. Estabelecendo ferramentas que subsidiem a gestão na identificação de problemas

prioritários, e das maneiras admissíveis de enfrentamento (ARREAZA; MORAES, 2010).

Ainda se pode destacar uma observação ampla, extrapolando os fatores de risco, as doenças e doentes, interferindo sobre as condições de vida e saúde e suas necessidades. Desta forma, a VS assimila da prática médico-sanitária o planejamento, a programação e avaliação do impacto das ações sobre o quadro epidemiológico da população (ARREAZA; MORAES, 2010)

Extrapolando o modelo centrado na doença, a vigilância em saúde se consolida no SUS como uma estratégia contra hegemônica a um sistema ainda fundamentado na centralidade da doença, que compreende o saber médico e o hospital como solução dos problemas de saúde. Tomando a VS como orientadora das ações com vistas à prevenção dos agravos e na promoção da saúde, atingindo parte de seus determinantes, firma-se no território como ferramenta do Estado, através de intervenções públicas, tornando-se capaz de incrementar os níveis de saúde da população (VASCONCELLOS; ALMEIDA; GUEDES, 2010).

Com a implantação dos Distritos Sanitários, por volta dos anos 80-90, a proposta da VS toma forma através de experiências com base no conceito dos sistemas locais de saúde, incorporando construções da epidemiologia através da análise da condição de saúde e da geografia humana por meio do entendimento do território social, administrativo, sanitário e epidemiológico (FARIA; BERTOLOZI, 2009).

Através de sua criação em 2003, a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), ligada diretamente ao Ministro da Saúde, assume a gerência do financiamento das ações de vigilância para estados e municípios. Assim, a SVS passa a ter como atribuição as ações relativas à VS e ao controle de agravos. Nesse momento, o termo utilizado anteriormente de vigilância epidemiológica passa a ser denominado vigilância em saúde, sendo adotada a mudança do termo a fim de evitar a dúvida quanto as ações de vigilância e a disciplina epidemiologia, sinalizando também a incorporação das vigilâncias sanitária, ambiental, de saúde do trabalhador e de análise da situação de saúde (PINTO JÚNIOR; CERBINO NETO, 2011). Assim o MS assume o conceito de VS para significar a consolidação da ampliação do evento de observação para além da vigilância dos agravos transmissíveis, como já era realizado tradicionalmente (TEIXEIRA et al., 2011).

Waldman (2009) descreve que as ações de VS em suas atribuições são caracterizadas através de um conjunto de funções primordiais e de propriedade da saúde pública, que devem ser adequadamente implementadas para seu bom desenvolvimento. Devem ser ressaltadas a vigilância epidemiológica, a regulação e fiscalização sanitária, e ainda a pesquisa, para a avaliação da eficácia, acesso e qualidade dos serviços de saúde e a verificação e proposição de formas de solução modernas na saúde pública.

O modelo baseado na vigilância em saúde, pautado na busca de soluções mais objetivas para os problemas de saúde e necessidades da população, se organiza na perspectiva da realização de ações que se propõe a trabalhar articuladas e integradas, que apresentam configurações particulares conforme a situação de saúde da população em cada território extrapolando os espaços institucionalizados do sistema de serviços de saúde (OLIVEIRA; CRUZ, 2015).

A construção dessa proposta trouxe para o cenário a ênfase sobre a organização das diferentes especialidades de VS existentes no Brasil, em consonância com um sistema único e coordenado, capaz de enfrentar a complexidade do quadro sanitário brasileiro de forma mais resolutiva (MENDES, 1994). Esse enfoque pressupõe uma abordagem mais articulada entre as vigilâncias epidemiológica, ambiental e sanitária e pode ser considerada uma tentativa de desvincular a atuação por agravos e por programas, de modo a enfrentar a superposição de ações direcionadas para o controle do hospedeiro, do agente etiológico, do meio ambiente ou da produção e comercialização de fármacos e alimentos (VASCONCELLOS, 2007).

Orientada pelos conceitos, organização e arcabouço legislativo do SUS, onde está delimitada, a VS em seu exercício, no âmbito institucional, demonstra falhas no alcance de suas ações, contrapondo-se ao princípio da universalidade, e grandes dificuldades de articulação entre seus componentes (vigilância epidemiológica e sanitária), mantendo-se dissociadas em desacordo com a proposta de VS abrangente fundamentada na integralidade (VASCONCELLOS; ALMEIDA; GUEDES, 2010).

A vigilância em saúde, compreende o conjunto de ações contínuas de coleta, análise e disseminação de informações, dos eventos de saúde, com objetivo de subsidiar o planejamento e adoção de medidas de saúde pública, com vistas à proteção da saúde da população, e ainda ao controle e prevenção de riscos,

agravos e doenças, assim como a promoção da saúde. Desenvolvidas no âmbito do SUS garantindo a integralidade da atenção, através da adoção de práticas voltadas inclusive para a vigilância da Saúde do Trabalhador (BRASIL, 2013).

Sendo um campo de atuação multidisciplinar, a vigilância em saúde tem como objetivo, conhecer os problemas sócio-ambientais buscando poder lidar com essas situações. Desta forma, se estabelece a proposta de vigilância em saúde do trabalhador, com vistas a identificar os agravos e riscos implicados na atividade laboral a partir da relação saúde e trabalho, está integrada à VS e à participação da comunidade na perspectiva do trabalho no território, sendo esse modelo defendido como proposta de organização de redes transformadoras dos processos e dos ambientes de trabalho, através de redes institucionais, com vistas à promoção da saúde do trabalhador (FARIA; BERTOLOZZI, 2009).

3.4 Sobre Vigilância em Saúde do Trabalhador

No Brasil, a vigilância em saúde do trabalhador, dá seus primeiros passos na década de 80 no estado de São Paulo através das experiências dos programas de saúde do trabalhador encampados pelos escritórios regionais da Secretaria de Saúde do estado de São Paulo. Essas ações iniciais tinham uma relação muito próximas com a reforma sanitária italiana, estabelecendo as prerrogativas da ação de saúde em volta de um território definido e participação dos movimentos dos trabalhadores (MACHADO, 2011).

Desde a constituição de 1988, em que o Estado brasileiro inclui as ações referentes à saúde do trabalhador em seu elenco de atribuições, o SUS incorpora a categoria trabalho na determinação do processo saúde-doença em concordância com o novo modelo de atenção proposto a partir da reforma sanitária (VASCONCELLOS et al., 2013).

A partir de então, a Visat foi incorporada como uma ação fundamental, baseada na institucionalização da Lei Orgânica da Saúde 8080/90 (PINHEIRO et al., 2013). Nesse contexto, é estabelecido que as organizações de vigilância em saúde do SUS assimilem a ST no escopo de suas ações, e ressalta-se que sua perspectiva de compreensão deverá ocorrer sob o princípio da integralidade das ações contemplando promoção, proteção, recuperação e reabilitação (RIBEIRO, 2013).

Através da Portaria MS nº 3.120/1998, é aprovada a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS, com a finalidade de definir procedimentos básicos para o desenvolvimento das ações correspondentes a vigilância em saúde do trabalhador (BRASIL, 1998). Nessa perspectiva a Visat como se observa, apresenta uma base legal para a realização de suas ações, apresentando ainda legislações dispersas em nas instâncias nacionais, estaduais e municipais (VASCONCELLOS; GOMEZ; MACHADO, 2013)

Considerada como um dos campos da vigilância em saúde a vigilância em saúde do trabalhador, possui atributos peculiares de intervenção a saber a modificação do trabalho na perspectiva da promoção da saúde, apresentando como estratégia a interdisciplinaridade dos profissionais de saúde e trabalhadores incorporando seus saberes. Fazendo com que os agravos relacionados ao trabalho possam ser evitados, onde o delineamento epidemiológico estabelece estrategicamente a intervenção da VS nos processos de trabalho. Estabelecendo no SUS uma perspectiva de intervenção no trabalho como condicionante do perfil sanitário (MACHADO, 2011).

Assim, a vigilância em Saúde do Trabalhador apresenta uma centralidade com relação às intervenções sobre os determinantes dos agravos à saúde dos trabalhadores, amparada no campo da ST, sendo estratégica dentro do SUS, para o combate às condições que colocam em risco a saúde dos trabalhadores, sendo composta pela intervenção articulada em três dimensões: promoção da saúde, prevenção das enfermidades e acidentes e recuperação da saúde. (COSTA et al., 2013).

Sob essas prerrogativas, almeja-se alcançar a integralidade das ações de VS adotando-a como eixo orientador dessa prática, compreendendo sua competência em três níveis, os determinantes ou causas, a exposição ou os riscos, os danos ou consequências (LACAZ; FILHO; VILELA, 2013).

A vigilância em saúde do trabalhador prioriza a investigação do processo e a organização do trabalho e como estes se relacionam com a saúde, o que partindo desse pressuposto incrementa a competência de suas ações. A Visat tem como atribuição planejar e executar ações de vigilância nos locais de trabalho, observando dentre outros aspectos: as informações colhidas em visitas, os dados epidemiológicos e as demandas da comunidade (VILELA et al., 2012).

A premissa da inserção do controle social do SUS incorpora um aspecto catalizador na institucionalização dessa vigilância, através da legitimação da entrada de forma real e ativa dos sujeitos, no caso os trabalhadores, enquanto protagonistas do processo metodológico para atuar na Visat. Considerando que a construção de um novo campo de conhecimentos, por meio da conjugação de saberes, é uma condição fundante para a vigilância das relações saúde-trabalho, a participação do controle social do SUS, estabelecendo uma postura transformadora da formação dos agentes públicos de vigilância (VASCONCELLOS; ALMEIDA; GUEDES, 2010).

Sendo a Visat uma ação sistêmica da vigilância em saúde, inserida em um contexto com diversos constituintes que extrapolam o setor saúde, e requer ações transversais de cunho intra e intersetoriais, esta denota a ideia de uma vigilância em saúde do trabalhador que é assumida como uma vertente técnico-operacional do cenário de operações do território político, não podendo assim ser enxergada como uma vigilância à parte da VS, mas sim ser compreendida como parte intrínseca da VS, resguardando sua peculiaridade ao objeto da relação saúde-trabalho (VASCONCELLOS, 2007).

Entretanto, a efetividade das ações de Visat se depara com impedimentos institucionais e políticos, como a deficiência na formação técnica dos profissionais, inexistência ou reduzido apoio financeiro, inexistência ou precariedade de material e técnico para as atuações in loco, deficiência na articulação dos sindicatos e representações de trabalhadores junto aos serviços de saúde e os conflitos com setores empresariais e estatais. Ainda podendo ser destacada a fragmentação das vigilâncias sanitária, ambiental, epidemiológica para as intervenções nos processos de produção, adicionada a esse cenário a exaltação do componente assistencial, sendo também um fator dificultador para implementação das práticas (LEÃO, 2011).

Há de se observar cuidadosamente a Renast, principal estratégia adotada pelo MS no sentido de incorporar as ações de ST no SUS, como passível de críticas (VASCONCELLOS; OLIVEIRA, 2011). Ainda assim, Costa et al. (2013), menciona a louvável disposição do MS, que ao instituir a PNSTT em 2012, estabelecendo a participação no SUS no contexto da política, traz a definição da estratégia de atuação em diversos níveis com vistas a integralidade das ações de ST, reitera o referencial teórico já instituído, seus princípios e diretrizes e destaca de forma contundente a ênfase na vigilância em seu artigo 2º:

Art. 2º A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora tem como finalidade definir os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observados pelas três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), para o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador, com ênfase na vigilância, visando a promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos (BRASIL, 2012).

Porém, ainda que os esforços tenham sido empreendidos na perspectiva da consolidação das ações de ST no SUS, observa-se mesmo na PNSTT uma timidez no tocante as ações de vigilância, onde se destaca que é de competência dos Cerests a realização direta das ações de vigilância somente em caráter complementar ou suplementar em situações que os municípios não apresentem capacidade técnicas e operacionais para sua realização, ou em situações caracterizadas como de maior complexidade. Neste aspecto, é importante considerar que a maior parte dos Cerests não conta com a prerrogativa de autoridade sanitária, o que dificulta o desenvolvimento dessas ações (COSTA et al., 2013).

Apesar de ter sido definida em legislação desde o surgimento do SUS, e ser subsidiada por repasses financeiros e incrementada em estruturas que se expandiram significativamente nos últimos 10 anos, a vigilância em saúde do trabalhador preconizada nos princípios e nos marcos legais do SUS, não tem se configurado em ação sistemática no Brasil. Sobre as práticas de Visat no SUS, se estas fossem desenvolvidas, emerge o questionamento com relação a sua suficiência diante as novas configurações do mundo do trabalho, e da competência do SUS em especial com os princípios da equidade e integralidade (RIBEIRO, 2013).

3.5 Sobre a avaliação em saúde

O campo da avaliação compreende diversas áreas de estudo, inclusive na saúde. Nessa perspectiva, a avaliação passa a incorporar em sua teoria e metodologia, diferentes campos de conhecimentos e práticas (VIEIRA-DA-SILVA, 2005; FIGUEIRÓ; FRIAS; NAVARRO, 2010), tornando possível a existência de diversos termos, conceitos e métodos em sua concepção (SAMICO; FIGUEIRÓ; FRIAS, 2010).

A avaliação consiste fundamentalmente na ação de emitir julgamento, a respeito de uma intervenção, utilizando instrumental que seja capaz de emitir informações com validação científica e aceita socialmente, a respeito de determinada intervenção, de seus componentes, levando em conta os envolvidos, podendo resultar em ações (CHAMPAGNE et al., 2011).

No continente ocidental, os processos avaliativos surgem por volta do século XVIII, principalmente na Grã Bretanha e na França, sendo classificados em quatro “gerações” e seis períodos históricos (DUBOIS, CHAMPANGNE; BILODEAU, 2011).

A primeira geração, compreende o período entre 1910-30, e esteve intimamente relacionada a construção e aplicação de instrumentos de medida. Após esse período, com vistas a atender expectativas sociais crescentes, o método foi revisto e o objeto de avaliação que até então eram as pessoas, muda de foco, é denominada descrição e marca o nascimento da avaliação de programas, passando o avaliador a ter papel de descritor. Na terceira fase da avaliação, entra em cena o julgamento, até então negligenciado pelos avaliadores. Neste momento, esperava-se dos avaliadores mais do que descritores, e sim algo que referisse o mérito do objeto avaliado. Na quarta geração, denominada negociação, por considerar um processo que inclui os programas e seus resultados, em que as múltiplas realidades são negociadas/construídas e na interação entre o observador e o observado (FIGUEIRÓ; FRIAS; NAVARRO, 2010).

Após a segunda guerra mundial, a avaliação através de técnicas e métodos científicos torna-se mais habitual, em países de centralidade capitalista, atrelados a crescentes investimentos em políticas públicas do Estado de Bem-Estar Social, fazendo parte do rol de investimentos teóricos e práticos. Uma vez que o aumento de custos, ocasionados por uma maior cobertura populações não atingidas por programas governamentais, demandou o uso de técnicas avaliativas que direcionassem a utilização dos recursos por parte dos governos (MINAYO, 2005; HARTZ, 1997; UCHIMURA; BOSI, 2002).

No Brasil, por volta dos anos 90, no contexto da Constituição de 1988, na qual amplia os direitos sociais, a avaliação torna-se evidente, principalmente no aspecto da qualificação das políticas públicas. Nesse contexto, para potencializar a função econômica e política dos serviços e programas de saúde do SUS, alvo de questionamentos sobre sua eficiência e efetividade, é que surge um ambiente

favorável para demandas de avaliações em saúde sistemáticas (CARVALHO et al., 2012).

Na esfera da gestão do SUS, a avaliação se fortalece não só através do entendimento crescente da necessidade de incorporação por parte de seus técnicos e gestores dessa prática, agora não mais atrelado às imposições de financiamento externo (PAIM, 2005). Mas também, do seu entendimento de oferecer informações para a tomada de decisões, subsidiar a identificação dos problemas e o reordenamento das atividades executadas, assimilando e estimulando novas ações e práticas sanitárias. (BRASIL, 2005).

Apesar de ser um instrumento primordial de apoio à gestão, por sua característica peculiar de melhorar a qualidade da tomada de decisão, ainda se observa a incipiência de uso pela gestão de serviços de saúde (TANAKA; TAMAKI, 2012).

Atualmente, a adoção da ferramenta de avaliação se consolida em lugar de destaque no campo do saber. A utilização da avaliação pelos decisores tem a possibilidade de assumir diferentes formas e está relacionada a sua concepção de utilização da avaliação (CHAMPAGNE; CONSTANDRIOPOULOS; TANON, 2011). Em especial, na área da saúde, onde para fortalecimento do processo de gestão, é observado o incremento de estratégias no sentido de institucionalizar a avaliação no âmbito das organizações (FELISBERTO; ALVES; BEZERRA, 2010).

É notório o reconhecimento a respeito da exigência de um sistema de saúde mais eficiente, porém muitas contradições na forma de fazê-lo são observadas, sendo relevante a reflexão a respeito da pertinência da avaliação (CONSTANDRIOPOULOS, 2011).

3.6 Sobre o Modelo Lógico

Diversos autores destacam o Modelo Lógico (ML) como passo primordial para realização de estudos avaliativos, este permite a descrição objetiva dos requisitos da intervenção observada (BROUSELLE, 2011; SAMICO et al., 2010; VIEIRA-DASILVA, 2014). Apresentando-se como uma importante ferramenta na pesquisa avaliativa, o ML possibilita a apresentação de forma visual e sistematizada da intervenção com vistas a explicitar as relações observadas entre os recursos

necessários, intervenções e efeitos esperados que se deseja alcançar (BEZERRA; CAZARIN; ALVES, 2010).

Considerada como uma etapa essencial no processo de avaliação de políticas e programas de saúde, a elaboração do ML é tida como a primeira etapa no planejamento de uma avaliação, porém há divergências com relação as terminologias utilizadas, sendo a expressão mais adotada em estudos avaliativos “modelo lógico”, com objetivo conceber um instrumento de avaliação adequado (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 2013).

Em tese, o ML visa demonstrar a teoria de uma intervenção ou programa (HARTZ, 2011), sendo capaz de apresentar de forma esquemática, a maneira de funcionamento, os componentes mais importantes, e assim oferecer possibilidades de observar se sua estrutura está organizada para alcançar os objetivos esperados, visando o melhor entendimento do problema, do contexto apresentado e de seus elementos estruturantes (ALVES et al., 2010).

Nessa perspectiva, a apresentação e o debate do modelo lógico possibilita o delineamento preciso do que deve ser mensurado e a contribuição de cada elemento da intervenção nos produtos evidenciados, utilizando melhor o tempo, os recursos disponíveis e a escolha dos indicadores a serem adotados. Em seu processo de elaboração, o ML oportuniza que a lógica subjacente ao programa seja evidenciada através da busca da opinião de especialistas e assimilação de resultados de pesquisas, viabilizando a construção de pactuações relativas aos elementos do programa e dos produtos da avaliação (MEDINA et al., 2005).

O processo para a construção da representação visual permite que a racionalidade implícita dos programas, percebidas pelos gerentes e demais grupos implicados, seja explicitada através da busca da opinião de especialistas e inclusão de informações de pesquisas, levando-se a uma maior possibilidade de construção de acordos em relação aos componentes do programa e aos resultados da avaliação.

Após a sua elaboração, o ML pode representar graficamente a teoria de um programa de acordo com o proposto pela análise lógica, como também representar a operacionalização do programa (VIEIRA-DA-SILVA, 2014).

Cavalcanti, 2013, destaca a importância do ML, para que os atores envolvidos, sejam de qualquer ordem, profissionais de saúde, decisores, sociedade, mídia, compreendam e debatam a partir de uma expressão lógica e objetiva de um

determinado programa, as principais estratégias, em especial na implantação, por meio de um instrumento capaz de minimizar pontos não esclarecidos ou dúbios no referencial documental (CAVALCANTI et al., 2013).

Já no tocante a sua utilização, através do ML podem ser observados vários ganhos: (i) trazer a superfície a vinculação entre uma intervenção e seus efeitos (BROUSELLE et al., 2001; (ii) Entendimento de como os elementos do programa se relacionam para resolver o problema alvo do programa (BEZERRA; CAZARIN; ALVES, 2010); (iii) Direcionar o plano de aplicação do programa e a escolha dos indicadores para o monitoramento e a avaliação dos resultados (CASSIOLATO; GUERESI, 2010).

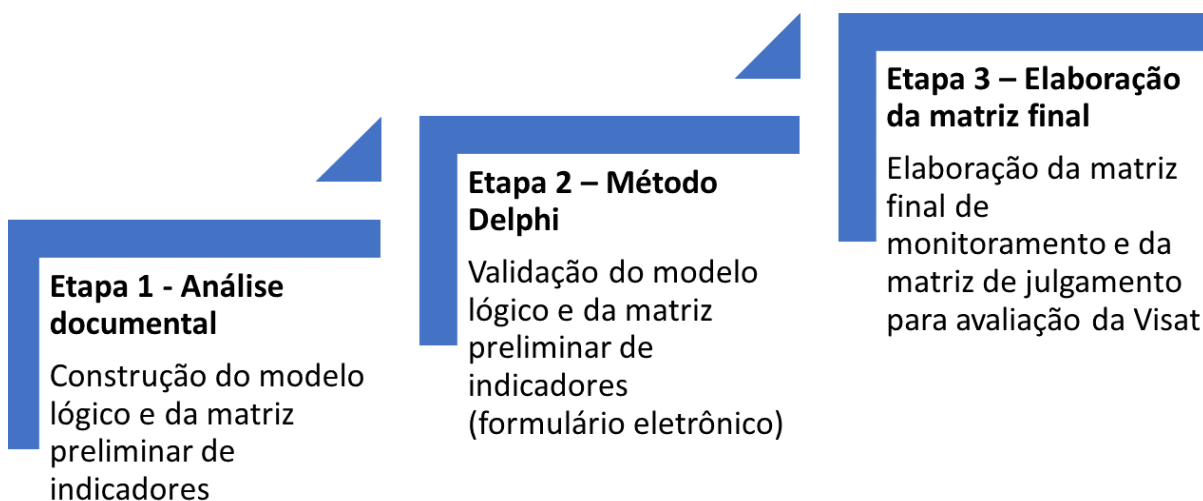
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 Desenho de Estudo

Trata-se de um estudo do tipo avaliativo, compreendendo a construção do modelo lógico e um instrumento de monitoramento e avaliação das ações de Visat para no nível estadual.

O estudo foi desenvolvido em três etapas (Figura 1). A primeira etapa consistiu na elaboração do modelo lógico e da matriz preliminar de indicadores para o monitoramento das ações de Visat no nível estadual, através de pesquisas documental. A segunda etapa, consistiu no estabelecimento do consenso, por meio de formulário eletrônico através da utilização do método Delphi (JONES; HUNTER 1995; REVORÊDO et al., 2015; SOUZA; SILVA; HARTZ, 2005; UCHÔA et al., 2008) entre o grupo de especialistas a respeito dos indicadores propostos para monitoramento da Visat. Na terceira etapa consistiu, na elaboração da matriz final de monitoramento e na matriz de julgamento para avaliação da Visat no nível estadual.

Figura 1 – Esquema metodológico do trabalho.



Fonte: Autora

Na etapa 2 do estudo foi adotada a técnica de consenso do método Delphi, para o estabelecimento do consenso entre o grupo de especialistas. Esta etapa se deu em dois momentos, uma primeira rodada de apreciação julgamento por parte do grupo de especialistas da matriz inicial de indicadores, através do envio de

formulário eletrônico, após o assentimento do participante e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (apêndice B). Nesta etapa foi enviado aos participantes o modelo lógico e o *link* do formulário eletrônico para validação dos indicadores da matriz preliminar de monitoramento. Após o recebimento das respostas enviadas pelo grupo de especialistas, foi calculado a média e o desvio padrão de cada indicador. Após o cálculo, foi enviado ao grupo a segunda rodada do formulário eletrônico com a média e o desvio padrão alcançado para cada indicador, para realização do segundo julgamento pelo grupo de especialistas. Nesse momento, foi acrescentado ao formulário eletrônico uma questão aberta, onde o respondente teve a possibilidade de realizar alguma contribuição com relação à redação dos indicadores, pertinência, adequação semântica para um melhor entendimento, porém nenhum dos participantes realizaram considerações neste sentido (VIEIRA-DA-SILVA, 2007; REIS; CESSE; CARVALHO, 2010; BEZERRA et al., 2016).

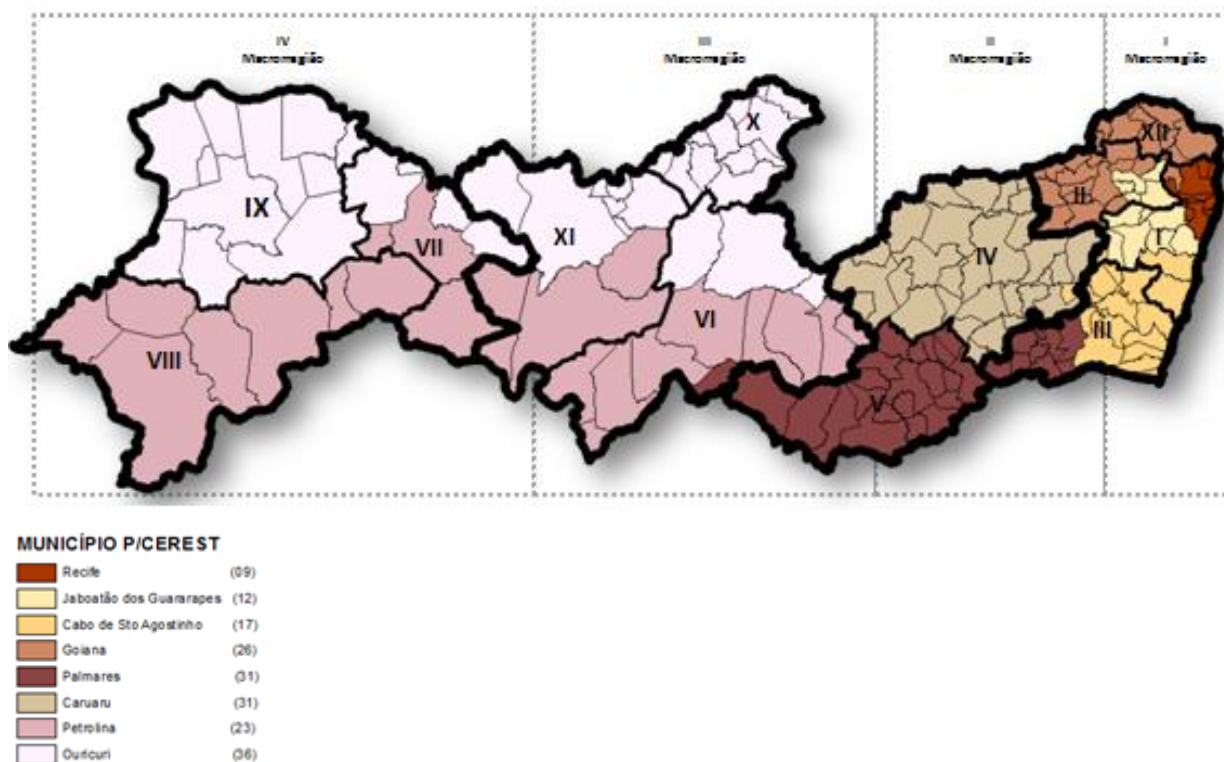
Com o resultado da segunda rodada de julgamento, foi estabelecido um novo consenso dos indicadores, através do cálculo da média e desvio padrão, onde a partir dos resultados obtidos os indicadores foram estratificados em três categorias, vindo a fazer parte da matriz final de monitoramento da Visat no nível estadual (VIEIRA-DA-SILVA, 2007; REIS; CESSE; CARVALHO, 2010).

Na terceira etapa, foi construída uma matriz de monitoramento da Visat no nível estadual, a partir dos consensos atingidos após a segunda rodada de julgamento pelo grupo de especialistas. Nessa etapa, ainda foi elaborada uma matriz de julgamento para avaliação da Visat, sendo um instrumento que poderá ser adotado para realização da análise de implantação da Visat no nível estadual (BEZERRA et al., 2016).

4.2 Área do Estudo

O estado de Pernambuco possui 98.146,32 km², divididos em 184 municípios e um território estadual, Fernando de Noronha. No cerne da regionalização em saúde o estado de Pernambuco é orientado pelo Plano Diretor de Regionalização da Saúde (PDR), e está organizado em doze regiões de saúde e quatro macrorregiões de saúde (figura 3) (PERNAMBUCO, 2011).

Figura 2 – Mapa da regionalização em saúde do estado de Pernambuco, delineamento da área de abrangência dos Cerests, regiões e macrorregiões de saúde.



Fonte: Pernambuco (2011)

Foi observada a regionalização em saúde do trabalhador, definida através da Resolução nº 1.236/2008-PE (PERNAMBUCO, 2008), que estabeleceu a Rede de Atenção à Saúde do Trabalhador e a Rede de Serviços Sentinela no estado. A Renast em Pernambuco é constituída por 8 Cerests de abrangência regional e 1 Cerests de abrangência estadual dando cobertura aos 184 municípios mais o território estadual de Fernando de Noronha (quadro 2).

Quadro 1 – Distribuição dos municípios e do território estadual de Fernando de Noronha, segundo a Renast no estado de Pernambuco. (Continua)

Geres	Cerest	Municípios de Abrangência
I	Estadual	184 municípios mais o território estadual de Fernando de Noronha
I	Recife	Olinda, Paulista, Abreu e Lima, Itapissuma, Itamaracá, Camaragibe, Igarassu, Recife. 08 municípios
I	Jaboatão dos Guararapes	Jaboatão dos Guararapes, São Lourenço da Mata, Chã de Alegria, Glória de Goitá, Paudalho, Lagoa de Itaenga, Carpina, Moreno, Vitória de Santo Antão, Pombos, Lagoa do Carro, Tracunhaém. 12 municípios

Quadro 1 – Distribuição dos municípios e do território estadual de Fernando de Noronha, segundo a Renast no estado de Pernambuco. (Conclusão)

Geres	Cerest	Municípios de Abrangência
I	Cabo de Santo Agostinho	Cabo de Santo Agostinho, Ipojuca, Escada, Primavera, Amaragi, Sirinhaém, Rio Formoso, Tamandaré, Barreiros, São José da Coroa Grande, Barra de Guabiraba, Água Preta, Joaquim Nabuco, Gameleira, Ribeirão, Cortês, Chã de Grande. 17 municípios
XII	Goiana	Goiana, Camutanga, Macaparana, Aliança, Condado, Itaquitinga, Itambé, Timbaúba, Vicência, Buenos Aires, Nazaré da Mata, Ferreiros, Limoeiro, Araçoiaba, São Vicente Férrer, Machado, Bom Jardim, Casinhas, João Alfredo, Surubim, Salgadinho, Cumaru, Passira, Feira Nova, Orobó Vertente do Lério. 26 municípios
III	Palmares	Palmares, Catende, Jaqueira, Xexéu, Maraial, Belém de Maria, Lagoa dos Gatos, São Benedito do Sul, Quipapá, Capoeiras, Jucati, Jupí, Lajedo, Calçado, Paranatama, Caetés, Garanhuns, São João, Angelim, Canhotinho, Saloá, Terezinha, Brejão, Palmerina, Manari, Itaibá, Águas Belas, Iati, Bom Conselho, Lagoa do Ouro, Correntes. 31 municípios
IV	Caruaru	Caruaru, Santa Cruz do Capibaribe, Taquaritinga do Norte, Vertentes, Santa Maria do Cambucá, Frei Miguelinho, Jataúba, Brejo da Madre de Deus, Toritama, Riacho das Almas, Poção, Belo Jardim, Bezerros, Gravatá, Pesqueira, Sanharó, Tacaimbó, São Caetano, Agrestina, Sairé, Cupira, Camocim de São Felix, Bonito, São Joaquim do Monte, Alagoinha, São Bento do Una, Ibirajuba, Jurema, Panelas, Altinho, Cachoeirinha. 31 municípios
VIII	Petrolina	Petrolina, Afrânio, Dormentes, Lagoa Grande, Santa Maria da Boa Vista, Orocó, Cabrobó, Terra Nova, Belém de São Francisco, Petrolândia, Jatobá, Tacaratu, Inajá, Ibimirim, Tupanatinga, Buíque, Pedra, Venturosa, Salgueiro, Carnaubeira da Penha, Itacuruba, Floresta, Betânia. 23 municípios
IX	Ouricuri	Ouricuri, Araripina, Ipubi, Exu, Moreilândia, Trindade, Bodocó, Granito, Santa Filomena, Santa Cruz, Parnamirim, Serrita, Cedro, Verdejante, Mirandiba, Custódia, Sertânia, Arcoverde, Solidão, Tabira, São José do Egito, Itapetim, Santa Terezinha, Brejinho, Afogados da Ingazeira, Ingazeira, Tuparetama, Iguaracy, Carnaíba, São José do Belmonte, Santa Cruz da baixa Verde, Triunfo, Serra Talhada, Flores, Calumbi, Quixaba. 36 municípios

Fonte: Pernambuco (2011)

4.3 População de Estudo

A população do estudo consiste nas equipes integrantes da Gerência Estadual de Atenção à Saúde do Trabalhador (Geast-PE), dos nove Cerests do estado de Pernambuco e dos três municípios que possuem coordenação municipal de saúde do trabalhador, da representação da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador (CIST-PE) do Conselho Estadual de Saúde de Pernambuco (CES-PE), e ainda dos representantes da academia, representantes da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), do Centro Acadêmico de Vitória de Santo Antão (CAV-

UFPE), da Universidade Federal do Vale do São Francisco (Univasf), do Instituto Aggeu Magalhães (IAM-Fiocruz/PE) (quadro 3).

A seleção do grupo de especialistas se deu considerando a definição de que especialista é um indivíduo que entende de um assunto específico, seja por apresentar experiência na área de atuação sobre o tema em pauta ou por formação acadêmica (UCHÔA et al., 2008), o que justifica a composição do grupo selecionado.

Quadro 2 – Distribuição dos participantes do estudo, segundo as representações.

REPRESENTAÇÃO		Nº DE PARTICIPANTES
CIST - PE	CES-PE	2
Geast - PE	SES-PE	1
Cerest - PE	SES-PE	1
COORDENAÇÕES MUNICIPAIS DE ST	Município de Olinda	1
	Município de Ipojuca	1
	Município de Paulista	1
Cerest REGIONAIS	Cerest Recife	1
	Cerest Jaboatão dos Guararapes	1
	Cerest Cabo de Santo Agostinho	1
	Cerest Goiana	1
	Cerest Palmares	1
	Cerest Caruaru	1
	Cerest Petrolina	1
ACADEMIA	Cerest Ouricuri	1
	UFPE	1
	CAV-UFPE	1
	Univasf	1
	IAM-Fiocruz/PE	1
TOTAL		20

Fonte: Autora

Foram considerados aptos a participação do estudo os integrantes da CIST-PE, representantes da Renast-PE conforme informação obtida junto a GEAST-PE, e dos representantes da academia devido a sua produção acadêmica na área de ST.

4.4 Período de Estudo

O período de estudo compreendeu os anos entre 2012 a 2016, considerando como referência temporal a implementação PNSTT, que ocorreu em 23 de agosto de 2012, através da portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012, onde em seu artigo 8º, traz como objetivo prioritário o fortalecimento Visat e a integração com os demais componentes da Vigilância em Saúde.

Para construção do modelo lógico foram selecionados e examinados documentos e recomendações oficiais relativos a Visat, seguindo a cronologia apresentada no quadro 3.

Quadro 3 – Descrição dos objetivos do estudo, segundo o período de realização.

OBJETIVO	PERIODO
Caracterizar as ações da Visat no estado Pernambuco	Maio - Julho/2017
Elaborar o modelo lógico da Visat nível estadual	Julho - Setembro/2017
Construir a matriz preliminar de monitoramento da Visat no nível estadual	Setembro - Novembro/2017
Validar a matriz de monitoramento da Visat no nível estadual	Dezembro/2017
Elaborar a matriz final de julgamento para avaliação da Visat no nível estadual	Dezembro/2017

Fonte: Autora

4.5 Técnicas, Instrumentos e Procedimentos

4.5.1 Análise documental

Foi realizada a análise documental nos instrumentos norteadores da Visat, leis, portarias, normas, instruções normativas, decretos, manuais, resoluções e pactuações vigentes que sejam importantes para estruturação do ML e da matriz de indicadores (CAVALCANTI et al., 2013; COSTA et al., 2013; DUARTE, 2014; BEZERRA et al., 2016).

Foram examinados também, os instrumentos de gestão locais relacionados à Visat, Plano Estadual de Saúde (PES) de Pernambuco do quadriênio 2012-2015 e 2016-2019, Programação Anual de Saúde (PAS) estadual no período de 2012-2016

4.5.2 Sistematização das informações

Nesta etapa, após a seleção, foi realizada a apreciação do referencial documental, referente ao componente da Visat, em documentos como leis, decretos, resoluções, portarias, manuais, relatórios, documentos de gestão do SUS (PAS, PES e RAG), que apresentaram relevância para a construção do modelo lógico e da matriz de indicadores (quadro 5).

Quadro 4 – Referencial documental observado na sistematização do modelo lógico e da matriz de monitoramento da Visat no nível estadual. (Continua)

DOCUMENTOS	
LEGISLAÇÃO FEDERAL	Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p. Artigos 196-200.
	Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.
	Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.
	PORTARIA MS/SAS no 119, de 9 setembro de 1993. Inclui no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS) o procedimento “Atendimento Específico para Acidente de Trabalho.
	Portaria Interministerial MPAS/MS n.º 11, de 04 de julho de 1995. Estabelece o “PROGRAMA INTEGRADO DE ASSISTÊNCIA AO ACIDENTADO DO TRABALHO (PIAT)”,
	Portaria Interministerial MPAS/MS n.º 14, de 13 de fevereiro de 1996. Pretende implementar o “PIAT”, organizando a oferta do atendimento hospitalar de urgência e emergência.
	Portaria MS/GM nº 3.120, 1 de julho de 1998. Aprova a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS, na forma do Anexo a esta Portaria, com a finalidade de definir procedimentos básicos para o desenvolvimento das ações correspondentes
	Portaria nº 3.908, de 30 de outubro de 1998. Estabelece procedimentos para orientar e instrumentalizar as ações e serviços de saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS).
	Portaria GM/MS n.º 3.947, 25 de novembro de 1998. Que define os atributos mínimos de identificação dos pacientes e cria mecanismos para registro da causa do atendimento nos sistemas de informação em saúde
	Portaria MS/GM nº 1.969, de 25 de outubro de 2001. Dispõe sobre o preenchimento de Autorização de Internação Hospitalar (AIH), em casos de quadro compatível com causas externas e com doenças e acidentes relacionados ao trabalho.
	Portaria nº 1.679, de 19 de setembro de 2002. Dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador no SUS e dá outras providências.
Decreto nº 7.602, de 7 de novembro de 2011. Dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho - PNSST.	

Quadro 4 – Referencial documental observado na sistematização do modelo lógico e da matriz de monitoramento da Visat no nível estadual. (Continua)

DOCUMENTOS	
LEGISLAÇÃO FEDERAL	Portaria MS/GM nº 2.437, de 7 de dezembro de 2005. Dispõe sobre a ampliação e o fortalecimento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador - RENAST no Sistema Único de Saúde - SUS e dá outras providências.
	Portaria MS/GM nº 2.728, de 11 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast) e dá outras providências.
	Portaria MS/GM n.º 666, de 30 de setembro de 2002. O Secretário de Assistência à Saúde, no uso de suas atribuições, considerando a necessidade de criar mecanismos de controle da assistência especializada aos portadores de agravos à saúde determinados por sua atividade profissional, acidente e/ou doenças relacionadas ao trabalho.
	Portaria MS/GM nº 777, de 28 de abril de 2004. Dispõe sobre os procedimentos técnicos para a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador em rede de serviços sentinela específica, no Sistema Único de Saúde – SUS.
	Portaria MS/GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Pacto Pela Saúde, divulga o Pacto pela Saúde 2006 Consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto.
	Manual de Gestão e Gerenciamento, novembro de 2006. Rede Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador.
	Portaria MS/GM nº 3.252, de 22 de dezembro de 2009. Aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios e dá outras providências
	Portaria MS/GM nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
	Portaria MS/GM nº 104, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde.
	Portaria MS/GM nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora – PNSTT.
	Portaria MS/GM nº 1.378, de 9 de julho de 2013. Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.
	Portaria MS/GM nº 1.271, de 6 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências.
	Portaria MS/GM nº 1.984, de 12 de setembro de 2014. Define a lista nacional de doenças e agravos de notificação compulsória, na forma do Anexo, a serem monitorados por meio da estratégia de vigilância em unidades sentinelas e suas diretrizes
	Portaria MS/GM nº 204, de 17 de fevereiro de 2016. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências.
Portaria MS/GM nº 205, de 17 de fevereiro de 2016. Define a lista nacional de doenças e agravos, na forma do anexo, a serem monitorados por meio da estratégia de vigilância em unidades sentinelas e suas diretrizes.	

Quadro 4 – Referencial documental observado na sistematização do modelo lógico e da matriz de monitoramento da Visat no nível estadual. (Conclusão)

DOCUMENTOS	
LEGISLAÇÃO ESTADUAL	Constituição do Estado de Pernambuco, de 5 de outubro de 1989. Art. 166 - Alínea IX que compete, ao SUS além de outras atribuições estabelecidas em lei, desenvolver ações de Saúde do Trabalhador.
	Portaria nº. 942, de 14 de dezembro de 1994. Institui o Programa Estadual de Saúde do Trabalhador em Pernambuco – PST/SUS/PE.
	Decreto nº 20.786, de 10 de agosto de 1998. Código de Saúde do Estado de Pernambuco.
	Portaria nº 008 - O SECRETÁRIO ESTADUAL DE SAÚDE, de 4 de junho de 2008. Dispõe sobre a definição das diretrizes, na regulação e pactuação das ações e no apoio político e técnico para o funcionamento e competência da Coordenação Estadual de Atenção à Saúde do Trabalhador - CEAST.
	Portaria nº 009 - O SECRETÁRIO ESTADUAL DE SAÚDE, de 4 de junho de 2008. Dispõe sobre a definição das diretrizes, na regulação e pactuação das ações e no apoio político e técnico para o funcionamento e competência do Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador - CEREST ESTADUAL.
	Resolução nº 1.236, de 5 de maio de 2008. Aprova o Processo de Regionalização e Implantação de Unidades Sentinela em Saúde do Trabalhador no Estado de Pernambuco.
	Resolução CIB/PE nº 2.363, de 14 de agosto de 2013. Institui o repasse financeiro para a vigilância em saúde das populações expostas a agrotóxicos, para municípios do Estado de Pernambuco.
	Resolução CIB/PE nº 2.613, de julho de 2014. Institui a regionalização dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador do Estado de Pernambuco.
	Portaria nº 390, de 14 de setembro de 2016. Acrescenta doenças, agravos e eventos estaduais à Lista Nacional de Doenças de Notificação Compulsória e dá outras providências.
Portaria nº 482, de 27 de dezembro de 2016. Institui o Sistema de Informação sobre Acidentes de Transporte Terrestre (Sinatt) e regulamenta a Vigilância Sentinela de Acidentes de Transporte Terrestre, no âmbito estadual.	

Fonte: Autora

Após a análise do referencial documental, foram designados os componentes e subcomponentes da Visat, e tipificados os recursos humanos, materiais, financeiros e organizacionais as atividades e os resultados esperados (COSTA et al., 2013).

As informações produzidas foram organizadas e condensadas em uma planilha primária para a montagem do modelo lógico e da matriz preliminar de indicadores (Apêndice A) (ALVES et al., 2010). Para a elaboração do ML, foi observada a estrutura descrita na figura 3, a partir daí, foi elaborada uma matriz de indicadores preliminar.

Figura 3 – Estrutura de um modelo lógico.



Fonte: Cassiolato e Guerresi (2010)

Elaborar o modelo lógico de uma intervenção se caracteriza pelo desmembramento dos constituintes de seus elementos e de seu aparelhamento, descrevendo por completo os passos necessários a conversão de seus objetivos em metas, dispensando as influências contextuais, devendo ser composto por (MEDINA et al., 2005):

- a) Componentes – essenciais e secundários – do programa;
- b) Serviços relacionados e as práticas necessárias para execução dos seus
- c) elementos;
- d) Resultados esperados, metas e produtos na situação de saúde da população;
- e) alvo e organização dos serviços.

4.5.3 Validação do modelo lógico e da matriz de indicadores

Para realização da validação, foi proposta a adoção de uma técnica de consenso participativa, de caráter qualitativo, podendo ser associada outras técnicas, empregadas quando se deseja que os participantes ordenem segundo a relevância que conferem ao tema abordado. Sendo amplamente adotadas na área da saúde pública, por apresentarem características participativas, frente à necessidade de uniformização de parâmetros (PÉREZ; NAVARRETE, 2016).

As técnicas de consenso, são empregadas em ocasiões onde não se tem unanimidade de ideias, na ausência de evidências científicas, ou ainda quando na presença de informações contraditórias. São importantes no compartilhamento e melhoria das ideias debatidas para a reorientação de políticas de saúde associadas às metodologias educacionais participativas (JONES; HUNTER, 2011).

A utilização de técnicas de consenso metodologicamente aceitas e válidas em processo de avaliação já são destacadas por diversos autores (BEZERRA et al., 2016; REIS; CESSE; CARVALHO, 2010; SOUZA; SILVA; HARTZ, 2005; UCHÔA et al., 2008), tornando-se um instrumento valioso no momento de validação de um instrumento avaliativo (UCHÔA et al., 2008).

Para obtenção do consenso com relação ao ML e aos indicadores que constituirão o instrumento de monitoramento da Visat no nível estadual, foi utilizado o método Delphi, que consiste em uma metodologia de pesquisa que objetiva alcançar o máximo de opiniões consensuais de um grupo de especialistas à respeito um tema, quando ainda não se alcançou a unanimidade de opinião pela insipiência de evidências científicas ou na ocorrência de contradições à respeito do tema observado (REWORÊDO et al., 2015; SCARPARO et al., 2010).

Utilizada pela primeira vez na década de 50, em um exercício para obter a opinião de um grupo de especialistas do ponto de vista do planejamento estratégico soviético com objetivo de reduzir a produção de munição. Esta técnica inicialmente é utilizada como instrumento de prognóstico no meio empresarial, sociológico, da saúde e na implantação de novas tecnologias (SCARPARO et al., 2010). A nomenclatura Delphi originou-se no antigo oráculo de Delfos (JONES; HUNTER, 1995; REWORÊDO et al., 2015; SCARPARO, 2010; UCHÔA et al., 2008;), sendo observado na literatura as duas terminologias, aqui a opção foi a de usar a nomenclatura método Delphi.

Uma possibilidade de utilização se dá por meio da Internet, através da utilização de formulários eletrônicos (REWORÊDO et al., 2010). É tido como um método para estruturar o processo de comunicação, permitindo a um grupo de pessoas, compreendidos como um todo, possam lidar com um problema complexo. Possibilitando a inclusão dos especialistas de diferentes locais e instituições, sejam eles teóricos e/ou práticos, produzindo condições de divulgação e de apropriação da informação e do conhecimento, privilegiando a adoção do método e suas vantagens, determinantes na adoção do para a definição do procedimento de pesquisa (ROZADOS, 2015).

Este método consiste no julgamento por parte de um grupo de especialistas, baseado nas suas experiências e conhecimentos, sobre um assunto específico, realizado através de um formulário respondido em rodadas consecutivas, pelo grupo selecionado (JONES; HUNTER, 1995).

Assim o grupo de especialistas, deve responder a um formulário estruturado, em rodadas. Na primeira rodada, os especialistas fornecem opiniões a respeito do tema abordado, baseado em suas práticas e acúmulo de conhecimento, através do preenchimento do formulário. A partir daí seu julgamento é analisado e organizado em um novo formulário. Na segunda rodada, o grupo de especialistas tem acesso aos resultados da primeira rodada, e enviam novas respostas, tendo a oportunidade de alterar seu julgamento de acordo com o resultado apresentado pelo grupo. Um nível aceitável de consenso deve estar compreendido entre 50% a 80%, e deve ser definido pelos pesquisadores antes a obtenção dos resultados. Nesse sentido, ao alcançar o nível de consenso estipulado as rodadas podem ser suspensas, e os resultados apresentados aos participantes (REVORÊDO et al., 2015).

Amparando-se em estudos avaliativos que desenvolveram metodologias semelhantes a aqui utilizada, para o estabelecimento do consenso, foram calculadas a média e o desvio padrão para todos os indicadores propostos na matriz preliminar. Os valores definidos para pontos de corte da média e do desvio padrão da pontuação atribuída pelos especialistas, o ponto de corte estipulado da média foi 7 e para o desvio-padrão 3, como apresentado no quadro 5. Com a obtenção do valor da média de cada indicador, foi possível estimar o nível de importância do critério, e o desvio-padrão possibilitou a aferição do nível de consenso dos indicadores. (BEZERRA et al., 2016; FERRARO; COSTA; VIEIRA-DA-SILVA, 2009; REIS; CESSE; CARVALHO, 2010; SILVA et al., 2012).

Quadro 5 – Classificação do indicador quanto a obtenção do nível de consenso.

Média	Valores	Desvio Padrão	Classificação
ADEQUADA	$\geq 7 - 9$	$< 3,0$	Muito relevante
INTERMEDIÁRIA	$\geq 4 - 6$	$< 3,0$	Média relevância
BAIXA	$\geq 1 - 3$	$< 3,0$	Pouco relevante

Fonte: Adaptado de Bezerra et al. (2016)

4.5.4 Construção do instrumento de monitoramento e avaliação da Visat no nível estadual

Após a realização das duas rodadas de julgamento pelo grupo de especialistas, os indicadores foram classificados segundo a média e o desvio padrão alcançados (quadro 6), em três estratos. Os indicadores foram estratificados segundo estes parâmetros. Os que obtiveram resultado no cálculo da média igual ou maior que 7 e desvio padrão menor que 3, classificados como muito importantes, passaram a integrar a matriz de monitoramento da Visat no nível estadual (BEZERRA et al., 2016; REIS CESSE; CARVALHO, 2010).

Por fim, foi construída a partir do consenso obtido como resultante das duas rodadas do modelo lógico e da matriz preliminar de indicadores. Onde uma matriz de monitoramento é construída a partir da inclusão de parâmetros e indicadores imprescindíveis ao acompanhamento satisfatório da implantação do programa ou intervenção, assimilando nesse processo as ações planejadas, a estrutura suficiente e até seus efeitos (ALVES et al., 2010).

As matrizes, privilegiam o juízo de valor, uma vez que são dotadas da capacidade de exprimir a racionalidade causal de um programa, expressando como seus componentes influenciam na produção dos efeitos esperados. Na matriz de monitoramento, observa-se a inclusão de indicadores estruturantes para o acompanhamento contínuo da implantação do programa, compreendendo operações, estrutura e os efeitos. Já na matriz de julgamento, além dos constituintes da matriz de monitoramento, assimila-se o mérito, e assim apresenta a capacidade de julgar se determinada intervenção poder ser considerada “bem-sucedida”, “adequada” ou “mal-sucedida” (ALVES, et al., 2010)

Partindo da matriz final de monitoramento, elaborada e validada a partir da obtenção do consenso pelo grupo de especialistas selecionados, atendendo a prerrogativa da elaboração de um produto de intervenção, característica apresentada pelo Programa de Mestrado Profissional, foi elaborada uma matriz de julgamento. A matriz de julgamento difere da matriz de monitoramento, uma vez que propõe estabelecer o mérito sendo chamada de matriz final de avaliação, utilizada em processos avaliativos do tipo análise de implantação (AZEVEDO et al., 2016).

4.6 Considerações éticas

O presente estudo foi submetido e aprovada através do parecer nº 2.040.825 e CAAE: 65039517.0.0000.5190 (anexo A), pela Comissão de Ética do Instituto Aggeu Magalhães, dessa maneira, atende aos requisitos preestabelecidos na Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, referente ao desenvolvimento de pesquisa científica envolvendo seres humanos, resguardando os princípios éticos da autonomia, justiça, beneficência e da não maleficência.

Com finalidade de minimizar os possíveis riscos aos envolvidos, foi garantido ao participante em qualquer etapa da realização da pesquisa, a desistência sem implicar em nenhum prejuízo. Todo material será devidamente armazenado, estando sob a responsabilidade da pesquisadora responsável, por um período de cinco anos. Foi solicitado de todos os participantes da pesquisa que assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A).

Ao término da pesquisa, os resultados serão disponibilizados para a Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco e o Conselho Estadual de Saúde de Pernambuco, para que possam subsidiar a melhoria na implementação das ações relativas Visat no estado.

5 RESULTADOS

Como resultados deste trabalho, foram considerados o Modelo Lógico e a Matriz de Indicadores para Monitoramento e Avaliação da Visat no Nível Estadual. Estes resultados foram obtidos através da análise documental e aplicação de uma técnica de consenso, o método Delphi, realizado em duas rodadas consecutivas por meio de formulário eletrônico, aplicado a um grupo de especialistas. Assim, buscou-se propor indicadores que expressassem os principais componentes para o monitoramento e avaliação da Visat no nível estadual.

No modelo apresentado neste estudo, a Visat está organizada a partir três componentes de análise: gestão, rede de saúde e controle social (BEZERRA et al., 2016; OLIVEIRA; TEIXEIRA, 2013; REIS; CESSE; CARVALHO, 2010; SOUSA; VANDERLEI; FRIAS, 2017). Estão expostos de forma esquemática para cada componente, as questões elencadas como imprescindíveis de competência da Visat no nível estadual.

5.1 Modelo Lógico

O ML, está apresentado a partir de componente, diante dos quais foram organizados os subcomponentes, as atividades, produtos, resultados e impacto a ser alcançado por meio do desenvolvimento satisfatório da Visat no nível estadual (Quadro 6).

O componente da gestão estadual, é constituído pelos subcomponentes: financiamento, planejamento, monitoramento e avaliação, educação permanente, produção e disseminação da informação e articulação intra e Intersetorial. Estes subcomponentes, apresentam características das funções do nível estadual de organização e implementação das atribuições da Visat no nível estadual.

Com relação ao componente da rede de atenção, é composto pelos seguintes subcomponentes: estruturação da rede, notificação, investigação, ambientes e processos de trabalhos saudáveis e inspeção em ambientes e processos de trabalho. Cujas as atividades se relacionam fortemente com as atribuições da Visat a serem desenvolvidas no âmbito Renast e das redes de saúde no SUS.

No componente controle social, tem-se um único subcomponente, o estímulo a participação. Neste elemento, destaca-se o papel do controle social para o

desenvolvimento da Visat no nível estadual, evidenciando a necessidade imperativa da participação do controle social na implementação e desenvolvimento da Visat, em todos os níveis do SUS.

Quadro 6 – Modelo lógico da Visat no nível estadual.

(Continua)

MODELO LÓGICO DA POLÍTICA DE SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA, COMPONENTE: VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR – Visat, NO NÍVEL ESTADUAL						
IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA E JUSTIFICATIVA: A implementação das ações de Visat no nível estadual, visa através do seu caráter transformador impactar na redução da morbimortalidade relacionada ao trabalho. Nesse sentido a implementação das ações de Visat configura-se como uma estratégia para promoção de processos e ambientes de trabalho saudáveis e prevenção de agravos.						
ESTRUTURA	COMPONENTES	SUB-COMPONENTES	ATIVIDADES	PRODUTOS	RESULTADOS	IMPACTO
RECURSOS FINANCEIROS, HUMANOS, ESTRUTURA FÍSICA E ORGANIZACIONAL	GESTÃO	FINANCIAMENTO	Execução financeira do repasse mensal do MS para a SES	Repasse financeiro realizado mensalmente	Organização, estruturação e operacionalização das ações estratégicas de Visat	REDUÇÃO DA MORBIMORTALIDADE RELACIONADA AO TRABALHO, E PROMOÇÃO DA SAÚDE DOS TRABALHADORES
			Alocação de recursos financeiros da SES para realização das ações de Visat	Recursos financeiro da SES alocado para realização das ações de Visat		
		PLANEJAMENTO	Inserção das ações de Visat no Plano Estadual de Saúde - PES	Ações da Visat inseridas no Plano Estadual de Saúde - PES		
			Inserção das ações de Visat na Programação Anual de Saúde - PAS	Ações da Visat inseridas na Programação Anual de Saúde - PAS		
			Elaborar o Relatório Anual de Gestão - RAG a partir das ações anuais da Visat planejadas	Relatório anual de gestão-RAG elaborado		
			Inserção das ações de Visat no planejamento das Gerências Regionais de Saúde - Geres	Ações de Visat inseridas no planejamento das Gerências Regionais de Saúde - Geres		
		MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO	Monitoramento do PES com o Controle Social, Renast-PE e Geres	PES monitorado em parceria com o Controle Social, Renast e Geres		
			Monitoramento da PAS com o Controle Social, Renast-PE e Geres	PAS monitorado em parceria com o Controle Social, Renast e Geres		
			Elaborar instrumento, prazos e metas para monitoramento contínuo da Visat	Instrumento de monitoramento da Visat elaborado		
			Monitorar a Visat Mensalmente	Monitoramento da Visat realizado		

Quadro 6 – Modelo da Visat no nível estadual.

(Continuação)

MODELO LÓGICO DA POLÍTICA DE SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA, COMPONENTE: VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR – Visat, NO NÍVEL ESTADUAL						
IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA E JUSTIFICATIVA: A implementação das ações de Visat no nível estadual, visa através do seu caráter transformador impactar na redução da morbimortalidade relacionada ao trabalho. Nesse sentido a implementação das ações de Visat configura-se como uma estratégia para promoção de processos e ambientes de trabalho saudáveis e prevenção de agravos.						
ESTRUTURA	COMPONENTES	SUB-COMPONENTES	ATIVIDADES	PRODUTOS	RESULTADOS	IMPACTO
RECURSOS FINANCEIROS, HUMANOS, ESTRUTURA FÍSICA E ORGANIZACIONAL	GESTÃO	EDUCAÇÃO PERMANENTE E CONTINUADA	Realizar formação para rede de saúde em parceira com o controle social	Nº de formações em Visat realizadas	Melhoria na qualidade técnica dos profissionais em Visat	REDUÇÃO DA MORBIMORTALIDADE RELACIONADA AO TRABALHO, E PROMOÇÃO DA SAÚDE DOS TRABALHADORES
			Realizar formação para notificação de doenças e agravos relacionadas ao trabalho	Nº de formações realizadas		
			Realizar formação de Visat para o controle social	Nº de formações de Visat para o controle social realizadas		
			Inserção dos conteúdos de Visat nas estratégias de educação permanente da SES	Nº de estratégias de educação permanente com inserção dos conteúdos de Visat		
		PRODUÇÃO E DISSEMINAÇÃO DA INFORMAÇÃO	Mapear as atividades econômicas, riscos e potenciais agravos à saúde do trabalhador	Relatório elaborado	Qualificação das informações de Visat em tempo oportuno para tomada de decisão	
			Elaborar o perfil morbimortalidade da população trabalhadora e sua relação com as cadeias produtivas locais	Perfil elaborado e a relação com as cadeias produtivas estabelecido		
			Monitorar da situação de saúde da população trabalhadora com base nos sistemas de informação	Nº de Monitoramentos trimestrais realizados		
			Elaborar instrumento para integrar os sistemas de informações relacionados a Visat	Instrumento elaborado		
			Registrar os procedimentos de Visat no SIA-SUS	Procedimentos de Visat informados no SIA-SUS		
			Divulgação das informações da morbimortalidade relacionadas ao trabalho	Boletins elaborados e divulgados quadrimestralmente		

Quadro 6 – Modelo da Visat no nível estadual.

(Continuação)

MODELO LÓGICO DA POLÍTICA DE SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA, COMPONENTE: VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR – Visat, NO NÍVEL ESTADUAL						
IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA E JUSTIFICATIVA: A implementação das ações de Visat no nível estadual, visa através do seu caráter transformador impactar na redução da morbimortalidade relacionada ao trabalho. Nesse sentido a implementação das ações de Visat configura-se como uma estratégia para promoção de processos e ambientes de trabalho saudáveis e prevenção de agravos.						
ESTRUTURA	COMPONENTES	SUB-COMPONENTES	ATIVIDADES	PRODUTOS	RESULTADOS	IMPACTO
RECURSOS FINANCEIROS, HUMANOS, ESTRUTURA FÍSICA E ORGANIZACIONAL	GESTÃO	ARTICULAÇÃO INTRA E INTERSETORIAL	Implantar comitês de prevenção e redução da morbimortalidade relacionadas ao trabalho	Comitês implementados	Ações de Visat desenvolvidas em parceria	REDUÇÃO DA MORBIMORTALIDADE RELACIONADA AO TRABALHO, E PROMOÇÃO DA SAÚDE DOS TRABALHADORES
			Participar em comitês, grupos condutores, fóruns e instâncias de produção, divulgação, difusão e comunicação das informações de Visat	Nº de participação em instâncias governamentais e não-governamentais		
			Realizar reuniões com as áreas técnicas da SES para estabelecimento de prioridades	Nº de reuniões com as Áreas técnicas da SES		
			Realizar ações em parceria com áreas técnicas da VS sobre Visat	Nº de ações em parceria com as áreas técnicas da VS		
	REDE DE ATENÇÃO	ESTRUTURAÇÃO DA REDE	Organizar a Renast no âmbito estadual	Renast no âmbito estadual organizada	Rede de saúde estruturada no âmbito da Visat	
			Estruturar os serviços sentinelas para a saúde do trabalhador, no âmbito estadual	Rede sentinela para a saúde do trabalhador estruturada		
			Estruturar as ações integradas com a VA, VISA e VE	Nº de Ações Integradas realizadas		
			Realizar assessoramento técnico em Visat aos Cerests Regionais	Nº de Assessoramento em Visat aos CEREST realizado		

Quadro 6 – Modelo da Visat no nível estadual.

(Continuação)

MODELO LÓGICO DA POLÍTICA DE SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA, COMPONENTE: VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR – Visat, NO NÍVEL ESTADUAL						
IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA E JUSTIFICATIVA: A implementação das ações de Visat no nível estadual, visa através do seu caráter transformador impactar na redução da morbimortalidade relacionada ao trabalho. Nesse sentido a implementação das ações de Visat configura-se como uma estratégia para promoção de processos e ambientes de trabalho saudáveis e prevenção de agravos.						
ESTRUTURA	COMPONENTES	SUB-COMPONENTES	ATIVIDADES	PRODUTOS	RESULTADOS	IMPACTO
RECURSOS FINANCEIROS, HUMANOS, ESTRUTURA FÍSICA E ORGANIZACIONAL	REDE DE ATENÇÃO	NOTIFICAÇÃO	Notificar no Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN, os agravos relacionados ao trabalho, de notificação universal e de notificação em unidades sentinelas	Serviços de saúde públicos e privados realizando notificação dos agravos relacionados à ST	Melhoria da qualidade de informações para Visat	REDUÇÃO DA MORBIMORTALIDADE RELACIONADA AO TRABALHO, E PROMOÇÃO DA SAÚDE DOS TRABALHADORES
			Notificar no SINAN os casos de violência classificada como trabalho infantil	Serviços de saúde públicos e privados realizando notificação de violência classificada como trabalho infantil		
			Realizar a notificação dos acidentes de transporte terrestre (ATT) relacionados ao trabalho através do Sistema de Notificação de Acidente de Transporte Terrestre-SINATT	Notificação dos ATT relacionados ao trabalho, realizado		
			Preencher o campo OCUPAÇÃO em todos os sistemas e fontes de informação da saúde	Percentual de campo ocupação nos sistemas e fontes de informação em saúde preenchido		
			Notificar os ATT relacionados ao trabalho no SINATT	Nº de Notificações dos ATT relacionados ao trabalho no SINATT		
		INVESTIGAÇÃO	Investigar os agravos relacionados ao trabalho	Agravos relacionados ao trabalho investigados		
			Investigar os óbitos relacionados ao trabalho	Nº de Óbitos relacionados ao trabalho investigados		

Quadro 6 – Modelo da Visat no nível estadual.

(Conclusão)

MODELO LÓGICO DA POLÍTICA DE SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA, COMPONENTE: VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR – Visat, NO NÍVEL ESTADUAL						
IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA E JUSTIFICATIVA: A implementação das ações de Visat no nível estadual, visa através do seu caráter transformador impactar na redução da morbimortalidade relacionada ao trabalho. Nesse sentido a implementação das ações de Visat configura-se como uma estratégia para promoção de processos e ambientes de trabalho saudáveis e prevenção de agravos.						
ESTRUTURA	COMPONENTES	SUB-COMPONENTES	ATIVIDADES	PRODUTOS	RESULTADOS	IMPACTO
RECURSOS FINANCEIROS, HUMANOS, ESTRUTURA FÍSICA E ORGANIZACIONAL	REDE DE ATENÇÃO	AMBIENTES E PROCESSOS DE TRABALHO SAUDÁVEIS	Realizar as ações integradas de Visat e promoção da saúde	Ações de Visat e promoção da saúde integradas	Promoção de ambientes e processos de trabalho saudáveis	REDUÇÃO DA MORBIMORTALIDADE RELACIONADA AO TRABALHO, E PROMOÇÃO DA SAÚDE DOS TRABALHADORES
		INSPEÇÃO EM AMBIENTES E PROCESSOS DE TRABALHO	Realizar ações de inspeção de processos, ambientes ou postos de trabalho, em parceria com o controle social e entidades sindicais	Ações de inspeção de processos, ambientes ou postos de trabalho realizadas	Processos e ambientes de trabalho reestruturados	
			Inspeccionar processos, ambientes ou postos de trabalho em situações especiais por agravo, risco, grupo ou setor produtivo, em parceria com o controle social e entidades sindicais	Ações de inspeção de processos, ambientes ou postos de trabalho em situações especiais por agravo, risco, grupo ou setor produtivo realizadas		
			Elaborar documentos com orientações para a reestruturar os processos e ambientes de trabalho	Documentos elaborados		
	CONTROLE SOCIAL	ESTÍMULO A PARTICIPAÇÃO	Realizar em parceria com o CES e CMS para implementação das Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador (CIST)	Parceira estabelecida	Aumento da participação do controle social nas ações estratégicas de Visat	
			Realizar ações integradas de Visat com a participação das representações sindicais e do controle social	Ações integradas de Visat com participação do controle do social e sindicatos realizadas		
			Promover a participar do controle social nas formações de Visat	Controle social incorporado das formações de Visat		
			Ações de inspeção de ambientes e processos de trabalho com a participação do controle social e das representações sindicais	Nº de ações de inspeção de ambientes e processos de trabalho com participação do controle social e representações sindicais		

Fonte: Autora

5.2 Matriz Preliminar de Indicadores

A estruturação do ML, possibilitou a organização da matriz preliminar de indicadores para a Visat no nível estadual. Esta matriz preliminar, foi submetida ao julgamento pelo grupo de especialistas selecionados a fim de que através da utilização do método Delphi, fosse estabelecido o consenso com relação aos indicadores integrantes da matriz final para o monitoramento e avaliação da Visat no nível estadual (Apêndice B). A matriz preliminar de indicadores, apresentou 57 indicadores, que foram submetidos ao julgamento pelo grupo de especialistas.

5.3 Método Delphi

5.3.1 Primeira rodada de julgamento

A primeira rodada de julgamento por meio de formulário eletrônico, através da utilização do método Delphi, ocorreu com realização do julgamento por parte do grupo de especialistas dos 3 componentes, 14 subcomponentes e 57 indicadores propostos na matriz preliminar elaborada a partir do ML. Após o recebimento das respostas do julgamento realizada pelo grupo de especialistas, foi calculado a média e o desvio padrão.

Com relação aos participantes, da primeira rodada obteve-se 100% de participação dos integrantes do grupo de especialistas selecionados (tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição do grupo de especialistas: 1ª rodada, método Delphi.

REPRESENTAÇÃO		Nº DE PARTICIPANTES
CIST – PE	CES-PE	2
Geast – PE	SES-PE	1
Cerest – PE	SES-PE	1
COORDENAÇÕES MUNICIPAIS DE ST	Município de Olinda	1
	Município de Ipojuca	1
	Município de Paulista	1
	Cerest Recife	1
	Cerest Jaboatão dos Guararapes	1
	Cerest Cabo de Santo Agostinho	1
	Cerests REGIONAIS	Cerest Goiana
ACADEMIA	Cerest Palmares	1
	Cerest Caruaru	1
	Cerest Petrolina	1
	Cerest Ouricuri	1
	UFPE	1
	CAV-UFPE	1
	Univasf	1
	IAM-Fiocruz/PE	1
TOTAL		20

Fonte: Autora

Na primeira rodada do formulário eletrônico foi observado que todos os 3 componentes, 14 subcomponentes e 57 indicadores são compatíveis com o modelo lógico proposto, uma vez que todos apresentaram média igual ou superior a 7,0 e desvio padrão menor que 3,0 (Tabela 2). Assim, constatou-se que os indicadores formulados atenderam ao objetivo da avaliação, e possuem a capacidade de monitorar e avaliar a Visat no nível estadual.

Com relação aos componentes, o que apresentou o maior média e o menor desvio padrão no julgamento para o estabelecimento do consenso na avaliação quantitativa foi o componente gestão estadual da Visat, que obteve média 8,2 e desvio padrão 1,4. Porém os três componentes alcançaram o parâmetro estabelecido, sendo categorizados como muito relevantes para o monitoramento e avaliação da Visat no nível estadual.

Ao observar os resultados apresentados pelos subcomponentes, o que alcançou a maior média e o menor desvio padrão, foi o que se relaciona com a estrutura de recursos humanos, obteve média de 8,5 e desvio padrão 1,0, também entre os subcomponentes todos alcançaram o parâmetro estabelecido.

Com relação aos resultados apresentados pelos indicadores, os que apresentaram a maior média 8,6 e o menor desvio padrão 0,9, foram

respectivamente N^o de profissionais de nível médio que compõem o Cerest Estadual e N^o de profissionais de nível superior que compõem o Cerest Estadual.

No que diz respeito à categorização na avaliação qualitativa, todos os componentes, subcomponentes e indicadores, após o cálculo da média e desvio padrão, ao apresentar resultados dentro dos parâmetros estabelecidos, foram considerados como muito relevantes, para integrar a matriz de monitoramento e avaliação da Visat no nível estadual.

Tabela 2 - Indicadores da Visat no nível estadual: 1ª rodada do formulário de julgamento.

(Continua)

COMPONENTE: Gestão Estadual da Visat		INDICADORES		SUBCOMPONENTE		COMPONENTE	
SUB-COMPONENTE	INDICADOR	Média	DP	Média	DP	Média	DP
ESTRUTURA FÍSICA	Existência de espaço físico para a Gerência de atenção à saúde do trabalhador	8,1	1,3	8,1	1,4	8,2	1,4
	Nº de computadores existentes e em funcionamento	8,1	1,3				
	Nº de impressoras existentes e em funcionamento	8,1	1,3				
	Existência de pontos de internet	8,0	2,0				
	Nº de ramais telefônicos existentes e em funcionamento	8,0	2,0				
	Nº de salas de reunião	8,1	1,3				
	Nº veículos existentes e em funcionamento	8,2	1,0				
Existência de mobiliário adequado	8,1	1,3					
RECURSOS HUMANOS	Existência de Gerente de atenção a saúde do trabalhador	8,5	1,1	8,5	1,0	8,2	1,4
	Existência de um Coordenador do Cerest Estadual	8,5	1,1				
	Número de profissionais de nível médio que compõem o Cerest Estadual	8,6	0,9				
	Número de profissionais de nível superior que compõem o Cerest Estadual	8,6	0,9				
FINANCIAMENTO	Número de Repasse financeiro do Ministério da Saúde para a Secretaria Estadual de saúde realizado mensalmente	7,9	1,7	7,7	2,0	8,2	1,4
	Recursos financeiro da SES alocado para realização das ações de Visat	7,4	2,3				
PLANEJAMENTO	Nº de Plano Estadual de Saúde - PES com inserção das ações de Visat	8,3	1,2	8,4	1,3	8,2	1,4
	Nº de Programação Anual de Saúde - PAS com inserção das ações de Visat	8,5	1,1				
	Nº de Relatórios Anual de Gestão-RAG com inserção das ações de Visat	8,5	1,1				
	Nº de Gerências Regionais de Saúde - Geres, com inserção das ações de Visat inseridas no planejamento	8,1	1,6				
MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO	Nº de monitoramento do PES realizadas em parceria com o Controle Social, Renast e Geres	8,2	1,4	8,3	1,3	8,2	1,4
	Nº de monitoramento da PAS monitorado em parceria com o Controle Social, Renast e Geres	8,1	1,5				
	Nº de Instrumento de monitoramento da Visat elaborado	8,4	1,1				
	Nº de oficinas semestrais de monitoramento do PES e da PAS com a Renast-PE	8,4	1,1				
EDUCAÇÃO PERMANENTE E CONTINUADA	Nº de formações de Visat realizadas para rede de saúde em parceira com o controle social	8,1	1,3	8,1	1,4	8,2	1,3
	Nº de formações de Visat realizadas para notificação dos agravos relacionados ao trabalho	8,3	1,3				
	Nº de formações de Visat para o controle social realizadas	7,9	1,8				
	Nº de estratégias de educação permanente com inserção dos conteúdos de Visat, no nível estadual	8,2	1,3				

Tabela 2 - Indicadores da Visat no nível estadual: 1ª rodada do formulário de julgamento.

(Continuação)

COMPONENTE: Gestão Estadual da Visat		INDICADORES		SUBCOMPONENTE		COMPONENTE	
SUB-COMPONENTE	INDICADOR	Média	DP	Média	DP	Média	DP
PRODUÇÃO E DISSEMINAÇÃO DA INFORMAÇÃO	Nº de mapeamentos das atividades, riscos e potenciais agravos à saúde do trabalhador	8,3	1,3	8,3	1,3	8,2	1,4
	Nº de perfis elaborados e a relação com as cadeias produtivas estabelecido	8,4	1,2				
	Nº de monitoramentos da situação de saúde da população trabalhadora através dos sistemas de informações (SIM, SINAN, SIA-SUS, SIH)	8,3	1,3				
	Nº de instrumentos elaborados para integrar os sistemas de informações relacionados a Visat	8,6	1,2				
	Nº de Geres com registro de procedimentos de Visat informados no SIA-SUS	7,9	1,7				
	Nº de boletins elaborados e divulgados, relativos a morbimortalidade relacionada ao trabalho	8,1	1,3				
ARTICULAÇÃO INTRA E INTERSETORIAL	Nº de comitês de prevenção e redução da morbimortalidade relacionada ao trabalho implementados	7,4	2,3	7,9	1,5		
	Nº de participação em comitês, fóruns, grupo condutores, relacionados à Visat	7,8	1,3				
	Nº articulação com as áreas técnicas da SES, para estabelecimento de prioridades comuns relacionadas à Visat	8,1	1,5				
	Nº articulação com as áreas técnicas do Governo Estadual, para estabelecimento de prioridades comuns relacionadas à Visat	8,0	1,4				
	Nº de ações estabelecidas em parceria com as áreas técnicas da VS	8,2	1,1				
COMPONENTE: Rede de Atenção		INDICADORES		SUBCOMPONENTE		COMPONENTE	
SUB-COMPONENTE	INDICADOR	Média	DP	Média	DP		
ESTRUTURAÇÃO DA REDE	Existência de Renast no âmbito estadual organizada	8,2	1,2	8,2	1,4	8,1	1,6
	Existência de Rede sentinela para a saúde do trabalhador estruturada	7,8	1,7				
	Nº de Ações Integradas realizadas	8,3	1,4				
	Nº de Assessoramento em Visat aos Cerests realizado	8,4	1,2				
NOTIFICAÇÃO	% de serviços de saúde públicos e privados realizando notificação dos agravos relacionados à ST	8,2	1,5	8,1	1,8		
	% de serviços de saúde públicos e privados realizando notificação de violência classificada como trabalho infantil	8,0	2,1				
	% da variável do campo ocupação preenchida nos sistemas e fontes de informação em saúde	8,0	2,2				
	% de notificação dos ATT relacionados ao trabalho	8,2	1,4				
INVESTIGAÇÃO	% de agravos relacionados ao trabalho investigados	8,0	1,6	8,1	1,6		
	% de óbitos relacionados ao trabalho investigados	8,2	1,5				
AMBIENTES E PROCESSOS DE TRABALHO SAUDÁVEIS	Nº de ações de Visat e promoção da saúde integradas	8,2	1,5	8,2	1,5		

Tabela 2 - Indicadores da Visat no nível estadual: 1ª rodada do formulário de julgamento.

(Conclusão)

COMPONENTE: Rede de Atenção		INDICADORES		SUBCOMPONENTE		COMPONENTE	
SUB-COMPONENTE	INDICADOR	Média	DP	Média	DP	Média	DP
INSPEÇÃO EM AMBIENTES E PROCESSOS DE TRABALHO	% de ações de inspeção de processos, ambientes ou postos de trabalho realizadas	7,8	1,6	7,8	1,6	8,1	1,6
	% de Ações de inspeção de processos, ambientes ou postos de trabalho em situações especiais por agravo, risco, grupo ou setor produtivo realizadas	7,6	1,7				
	Nº de documentos com orientações de reestruturação dos processos e ambientes de trabalho elaborados	7,9	1,6				
COMPONENTE: Controle Social		INDICADORES		SUBCOMPONENTE		COMPONENTE	
SUB-COMPONENTE	INDICADOR	Média	DP	Média	DP	Média	DP
ESTÍMULO A PARTICIPAÇÃO	Nº de parcerias com o Conselho Estadual de Saúde estabelecidas	8,2	1,2	8,0	1,4	8,0	1,4
	Nº de ações integradas de Visat com participação do controle do social e sindicatos realizadas	7,8	1,7				
	% do controle social incorporado das formações de Visat	7,9	1,7				
	% de ações de inspeção de ambientes e processos de trabalho com participação do controle social e representações sindicais	7,8	1,4				
	% de ações de Visat planejadas com a participação do controle social	8,3	1,1				
	% das ações de Visat com participação do controle social	8,0	1,2				

Fonte: Autora

5.3.2 Segunda Rodada de Julgamento

Nesta etapa, os resultados apresentados pelos componentes, subcomponentes e indicadores, na primeira rodada de julgamento, foram incorporados ao formulário eletrônico utilizado na segunda rodada de julgamento. Assim o grupo de especialistas teve a oportunidade de rever seu julgamento, com base no resultado apresentado pelo grupo na primeira rodada, e neste momento pôde rever seu julgamento.

Com relação à participação dos integrantes do grupo de especialistas, na segunda rodada observou-se uma queda de 20% com relação à primeira rodada, na participação dos integrantes do grupo de especialistas selecionado (Tabela 3).

Devendo ser destacado, que dos quatro especialistas ausentes na segunda rodada, três foram do segmento da Renast-PE, sendo dois representantes de coordenações municipais de Visat e um representante da coordenação do Cerest Regional Cabo de Santo Agostinho, sendo esta a única ausência da representação das coordenações de Cerests regionais. Do segmento academia, um representante da Universidade Federal de Pernambuco, não participou da segunda rodada.

Tabela 3 - Distribuição do grupo de especialistas: 2ª rodada, método Delphi.

REPRESENTAÇÃO		Nº DE PARTICIPANTES
CIST – PE	CES-PE	2
Geast – PE	SES-PE	1
Cerest – PE	SES-PE	1
COORDENAÇÕES MUNICIPAIS DE ST	Município de Olinda	0
	Município de Ipojuca	0
	Município de Paulista	1
	Cerest Recife	1
	Cerest Jaboatão dos Guararapes	1
	Cerest Cabo de Santo Agostinho	0
Cerests REGIONAIS	Cerest Goiana	1
	Cerest Palmares	1
	Cerest Caruaru	1
	Cerest Petrolina	1
	Cerest Ouricuri	1
ACADEMIA	UFPE	0
	CAV-UFPE	1
	Univasf	1
	IAM-Fiocruz/PE	1
TOTAL		16

Fonte: Autora

Ao observar os resultados apresentados pelos subcomponentes, o que alcançou a maior média e o menor desvio padrão, foi o referente à processos e ambientes de trabalho saudáveis, que obteve média de 8,7 e desvio padrão 0,5, sendo que todos os 14 subcomponentes alcançaram o parâmetro estabelecido, sendo considerados como muito relevantes para integrar a matriz de monitoramento e avaliação da Visat no nível estadual.

Com relação aos resultados apresentados pelos indicadores, o que apresentou a maior média 8,7 e o menor desvio padrão 0,5, foi o Nº de ações de Visat e promoção da saúde integradas.

Nesta rodada do formulário eletrônico, o componente que apresentou a menor média 8,2 e o maior desvio padrão 1,2, foi o Controle Social, ainda que tenha alcançado os parâmetros estabelecidos para incorporação na matriz final de monitoramento.

No que diz respeito a avaliação qualitativa, os três componentes, os 14 subcomponentes e os 57 indicadores, ao apresentar resultados dentro dos parâmetros estabelecidos, foram categorizados como muito relevantes para o monitoramento da Visat no nível estadual, devendo integrar a matriz final de monitoramento.

Apesar de na segunda rodada do formulário eletrônico, ter sido acrescentada uma questão aberta, oferecendo ao respondente a possibilidade de realizar alguma contribuição com relação à redação dos indicadores, pertinência ou adequação para um melhor entendimento, nenhum dos participantes realizou considerações neste sentido

Tabela 4 – Indicadores da Visat no nível estadual: 2ª rodada do formulário de julgamento.

(Continua)

COMPONENTE: Gestão Estadual da Visat		INDICADORES		SUBCOMPONENTE		COMPONENTE	
SUB-COMPONENTE	INDICADOR	Média	DP	Média	DP	Média	DP
ESTRUTURA FÍSICA	Existência de espaço físico para a Gerência de atenção a saúde do trabalhador	8,3	1,5	8,3	1,6	8,4	1,1
	Nº de computadores existentes e em funcionamento	8,3	1,5				
	Nº de impressoras existentes e em funcionamento	8,3	1,5				
	Existência de pontos de internet	8,2	2,1				
	Nº de ramais telefônicos existentes e em funcionamento	8,2	2,1				
	Nº de salas de reunião	8,3	1,5				
	Nº veículos existentes e em funcionamento	8,3	1,3				
	Existência de mobiliário adequado	8,3	1,5				
RECURSOS HUMANOS	Existência de Gerente de atenção à saúde do trabalhador	8,6	0,7	8,6	0,8	8,4	1,1
	Existência de um Coordenador do Cerest Estadual	8,6	0,7				
	Número de profissionais de nível médio que compõem o Cerest Estadual	8,7	0,8				
	Número de profissionais de nível superior que compõem o Cerest Estadual	8,7	0,8				
FINANCIAMENTO	Número de Repasse financeiro do Ministério da Saúde para a Secretaria Estadual de saúde realizado mensalmente	8,3	1,1	8,3	1	8,4	1,1
	Recursos financeiro da SES alocado para realização das ações de Visat	8,3	1				
PLANEJAMENTO	Nº de Plano Estadual de Saúde - PES com inserção das ações de Visat	8,6	0,8	8,5	1	8,4	1,1
	Nº de Programação Anual de Saúde - PAS com inserção das ações de Visat	8,5	1				
	Nº de Relatórios Anual de Gestão (RAG) com inserção das ações de Visat	8,4	1,3				
	Nº de Gerências Regionais de Saúde - Geres, com inserção das ações de Visat inseridas no planejamento	8,4	0,9				
MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO	Nº de monitoramento do PES realizadas em parceria com o Controle Social, Renast e Geres	8,4	1	8,3	1	8,4	1,1
	Nº de monitoramento da PAS monitorado em parceria com o Controle Social, Renast e Geres	8,4	1				
	Nº de Instrumento de monitoramento da Visat elaborado	8,3	0,9				
	Nº de oficinas semestrais de monitoramento do PES e da PAS com a Renast-PE	8,3	0,9				

Tabela 4 – Indicadores da Visat no nível estadual: 2ª rodada do formulário de julgamento.

(Continuação)

COMPONENTE: Gestão Estadual da Visat		INDICADORES		SUBCOMPONENTE		COMPONENTE	
SUB-COMPONENTE	INDICADOR	Média	DP	Média	DP	Média	DP
EDUCAÇÃO PERMANENTE E CONTINUADA	Nº de formações de Visat realizadas para rede de saúde em parceira com o controle social	8,3	0,9	8,4	0,8	8,4	1,1
	Nº de formações de Visat realizadas para notificação dos agravos relacionados ao trabalho	8,3	0,8				
	Nº de formações de Visat para o controle social realizadas	8,4	0,9				
	Nº de estratégias de educação permanente com inserção dos conteúdos de Visat, no nível estadual	8,5	0,7				
PRODUÇÃO E DISSEMINAÇÃO DA INFORMAÇÃO	Nº de mapeamentos das atividades, riscos e potenciais agravos à saúde do trabalhador	8,6	0,9	8,4	1,1	8,4	1,1
	Nº de perfil elaborado e a relação com as cadeias produtivas estabelecido	8,5	1				
	Nº de monitoramentos da situação de saúde da população trabalhadora através dos sistemas de informações (SIM, SINAN, SIA-SUS, SIH)	8,4	1				
	Nº de instrumentos elaborados para integrar os sistemas de informações relacionados a Visat	8,5	0,9				
	Nº de Geres com registro de procedimentos de Visat informados no SIA-SUS	8	1,7				
	Nº de boletins elaborados e divulgados, relativos a morbimortalidade relacionada ao trabalho	8,3	1				
ARTICULAÇÃO INTRA E INTERSETORIAL	Nº de comitês de prevenção e redução da morbimortalidade relacionada ao trabalho implementados	7,8	1,3	8,1	1,2	8,4	1,1
	Nº de participação em comitês, fóruns, grupo condutores, relacionados à Visat	7,7	1,3				
	Nº articulação com as áreas técnicas da SES, para estabelecimento de prioridades comuns relacionadas à Visat	8,3	1,3				
	Nº articulação com as áreas técnicas do Governo Estadual, para estabelecimento de prioridades comuns relacionadas à Visat	8,3	1,1				
	Nº de ações estabelecidas em parceria com as áreas técnicas da VS	8,6	0,8				

Tabela 4 – Indicadores da Visat no nível estadual: 2ª rodada do formulário de julgamento.

(Conclusão)

COMPONENTE: Rede de Atenção		INDICADORES		SUBCOMPONENTE		COMPONENTE	
SUB-COMPONENTE	INDICADOR	Média	DP	Média	DP	Média	DP
ESTRUTURAÇÃO DA REDE	Existência de Renast no âmbito estadual organizada	8,7	0,6	8,5	0,9	8,4	1,0
	Existência de Rede sentinela para a saúde do trabalhador estruturada	8,2	1,2				
	Nº de Ações Integradas realizadas	8,6	0,8				
	Nº de Assessoramento em Visat aos Cerests realizado	8,5	1				
NOTIFICAÇÃO	% de serviços de saúde públicos e privados realizando notificação dos agravos relacionados à ST	8,6	0,8	8,5	1		
	% de serviços de saúde públicos e privados realizando notificação de violência classificada como trabalho infantil	8,5	0,7				
	% da variável do campo ocupação preenchida nos sistemas e fontes de informação em saúde	8,4	1,3				
	% de notificação dos ATT relacionados ao trabalho	8,3	1,3				
INVESTIGAÇÃO	% de agravos relacionados ao trabalho investigados	8,4	1,1	8,4	1,2		
	% de óbitos relacionados ao trabalho investigados	8,4	1,3				
AMBIENTES E PROCESSOS DE TRABALHO SAUDÁVEIS	Nº de ações de Visat e promoção da saúde integradas	8,7	0,5	8,7	0,5		
INSPEÇÃO EM AMBIENTES E PROCESSOS DE TRABALHO	% de ações de inspeção de processos, ambientes ou postos de trabalho realizadas	8,3	0,9	8,2	1,1		
	% de Ações de inspeção de processos, ambientes ou postos de trabalho em situações especiais por agravo, risco, grupo ou setor produtivo realizadas	8,3	1,1				
	Nº de documentos com orientações de reestruturação dos processos e ambientes de trabalho elaborados	8,1	1,2				
COMPONENTE: Controle Social		INDICADORES		SUBCOMPONENTE		COMPONENTE	
SUB-COMPONENTE	INDICADOR	Média	DP	Média	DP	Média	DP
ESTÍMULO A PARTICIPAÇÃO	Nº de parcerias com o Conselho Estadual de Saúde estabelecidas	8,3	1,1	8,2	1,2	8,2	1,2
	Nº de ações integradas de Visat com participação do controle do social e sindicatos realizadas	8,1	1,2				
	% das formações de Visat com o controle social incorporado	8,4	1,1				
	% de ações de inspeção de ambientes e processos de trabalho com participação do controle social e representações sindicais	8,3	1,3				
	% de ações de Visat planejadas com a participação do controle social	8,2	1,5				
	% das ações de Visat com participação do controle social	8,1	1,1				

Fonte: Autora

5.4 Matriz final de monitoramento da Visat no nível estadual

O processo de validação do modelo lógico e da matriz de indicadores, através da utilização de uma técnica de consenso, oportunizou a formulação de um instrumento capaz mensurar desenvolvimento da Visat no nível estadual, vindo a ser um valioso meio para o monitoramento e avaliação do desenvolvimento das premissas propostas no referencial documental no âmbito do SUS.

A importância da incorporação de práticas avaliativas nos serviços, e em especial quando se trata de avaliação de políticas ou programas de saúde tem trazido à tona discussões quanto aos moldes e utilizações de metodologias avaliativas.

Nesse sentido o instrumento de monitoramento da Visat no nível estadual, propõe, por meio de uma matriz composta por 57 indicadores de estrutura e processo construídos a partir do ML, uma ferramenta que possibilita acompanhar sistematicamente o desenvolvimento da Visat no nível estadual.

Quadro 7 – Matriz final de monitoramento da Visat no nível estadual.

(Continua)

COMPONENTE	SUB-COMPONENTE	INDICADOR	PARÂMETRO	FONTE DE VERIFICAÇÃO
GESTÃO	ESTRUTURA FÍSICA	Existência de espaço físico para a Gerência de atenção a saúde do trabalhador	Sim	Observação direta; Informante-chave
		Nº de computadores existentes e em funcionamento	Mínimo de 01 computador para cada integrante da equipe	Observação direta
		Nº de impressoras existentes e em funcionamento	Mínimo 02 impressoras em funcionamento	Informante chave
		Existência de pontos de internet	Sim	Observação direta
		Nº de ramais telefônicos existentes e em funcionamento	Mínimo de 04 ramais telefônicos	Observação direta
		Nº de salas de reunião	Mínimo de 01 sala de reunião	Informante chave; observação direta
		Nº veículos existentes e em funcionamento	Mínimo de 01 veículo	Informante chave; observação direta
		Existência de mobiliário adequado	Mobiliário adequado: cadeiras, mesas e armários suficiente e em condições de uso	observação direta
	RECURSOS HUMANOS	Existência de Gerente de atenção a saúde do trabalhador	No mínimo, um profissional de nível superior.	Informante chave; Documentos
		Existência de um Coordenador do Cerest Estadual	No mínimo, um profissional de nível superior.	Informante chave; Documentos
		Número de profissionais de nível médio que compõem o Cerest Estadual	5 profissionais de nível médio*, sendo ao menos 2 auxiliares de enfermagem	observação direta, documentos
		Número de profissionais de nível superior que compõem o Cerest Estadual	10 profissionais de nível superior**, sendo ao menos 2 médicos (20 horas) e 1 enfermeiro (40 horas).	observação direta; documentos

Quadro 7 – Matriz final de monitoramento da Visat no nível estadual.

(Continuação)

COMPONENTE	SUB-COMPONENTE	INDICADOR	PARÂMETRO	FONTE DE VERIFICAÇÃO
GESTÃO	FINANCIAMENTO	Número de Repasse financeiro do Ministério da Saúde para a Secretaria Estadual de saúde realizado mensalmente	01 Repasse financeiro mensal/ 12 repasses anuais	Informante chave; Documentos
		Recursos financeiro da SES alocado para realização das ações de Visat	Mínimo de 80% do valor alocado para ações de Visat	Informante chave; Documentos
	PLANEJAMENTO	Nº de Plano Estadual de Saúde - PES com inserção das ações de Visat	01 PES com inserção das ações de Visat para o quadriênio	Documentos; Informante-chave
		Nº de Programação Anual de Saúde - PAS com inserção das ações de Visat	04 PAS com inserção das ações de Visat (um para cada ano do quadriênio)	Documentos; Informante-chave
		Nº de Relatórios Anual de Gestão-RAG com inserção das ações de Visat	04 RAG com inserção das ações de Visat (um para cada ano do quadriênio)	Documentos; Informante-chave
		Nº de Gerências Regionais de Saúde - Geres, com inserção das ações de Visat inseridas no planejamento	12 Geres com inserção das ações de Visat no planejamento	Documentos; Informante-chave
	MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO	Nº de monitoramento do PES realizadas em parceria com o Controle Social, Renast e Geres	02 monitoramentos por ano	Documentos
		Nº de monitoramento da PAS monitorado em parceria com o Controle Social, Renast e Geres	03 monitoramentos por ano	Documentos
		Nº de Instrumento de monitoramento da Visat elaborado	01 instrumentos de monitoramento da Visat elaborado	Documentos
		Nº de oficinas semestrais de monitoramento do PES e da PAS com a Renast-PE	2 oficinas semestrais de monitoramento do PES e da PAS com a Renast-PE	Documentos
	EDUCAÇÃO PERMANENTE E CONTINUADA	Nº de formações de Visat realizadas para rede de saúde em parceira com o controle social	01 formação por macrorregião de saúde (total de 4)	Documentos
		Nº de formações de Visat realizadas para notificação dos agravos relacionados ao trabalho	01 formação por macrorregião de saúde (total de 4)	Documentos
		Nº de formações de Visat para o controle social realizadas	01 formação por macrorregião de saúde (total de 4)	Documentos
		Nº de estratégias de educação permanente com inserção dos conteúdos de Visat, no nível estadual	04 estratégias de educação permanente com inserção dos conteúdos de Visat	Documentos
	PRODUÇÃO E DISSEMINAÇÃO DA INFORMAÇÃO	Nº de mapeamento das atividades, riscos e potenciais agravos à saúde do trabalhador	01 por área de abrangência de Cerest regional (total de 8)	Documentos
		Nº de perfil elaborado e a relação com as cadeias produtivas estabelecido	01 por área de abrangência de Cerest regional (total de 8)	Documentos
		Nº de monitoramentos da situação de saúde da população trabalhadora através dos sistemas de informações (SIM, SINAN, SIA-SUS, SIH)	01 monitoramento semestral	Documentos
		Nº de instrumentos elaborados para integrar os sistemas de informações relacionados a Visat	No mínimo 02 instrumentos elaborados	Observação direta
		Nº de Geres com registro de procedimentos de Visat informados no SIA-SUS	12 Geres com registro de procedimentos de Visat no SAI-SUS	SIS-SUS
		Nº de boletins elaborados e divulgados, de morbimortalidade relacionada ao trabalho	01 boletim anual	Documentos

Quadro 7 – Matriz final de monitoramento da Visat no nível estadual.

(Continuação)

COMPONENTE	SUB-COMPONENTE	INDICADOR	PARÂMETRO	FONTE DE VERIFICAÇÃO
GESTÃO	ARTICULAÇÃO INTRA E INTERSETORIAL	Nº de comitês de prevenção e redução da morbimortalidade relacionada ao trabalho implementados	12 comitês implementados	Documentos
		Nº de participação em comitês, fóruns, grupo condutores, relacionados à Visat	04 macrorregiões de saúde com participação	Documentos
		Nº articulação com as áreas técnicas da SES, para estabelecimento de prioridades comuns relacionadas à Visat	No mínimo 02 articulações estabelecidas na SES	Documentos; informantes -chaves
		Nº articulação com as áreas técnicas do Governo Estadual, para estabelecimento de prioridades comuns relacionadas à Visat	No mínimo 02 articulações estabelecidas na SES	Documentos; informantes -chaves
		Nº de ações estabelecidas em parceria com as áreas técnicas da VS	No mínimo 02 parcerias estabelecidas	Documentos; informantes -chaves
REDE DE ATENÇÃO	ESTRUTURAÇÃO DA REDE	Existência de Renast no âmbito estadual organizada	01 rede organizada	Documentos
		Existência de Rede sentinela para a saúde do trabalhador estruturada	01 Rede organizada	Documentos
		Nº de Ações Integradas realizadas	01 ação integrada com a VE, VS e VA, em cada uma das 4 macrorregiões de saúde (total 12 ações)	Documentos
		Nº de Assessoramento em Visat aos CEREST realizado	08 assessoramentos realizados	Documentos
	NOTIFICAÇÃO	% de serviços de saúde públicos e privados realizando notificação dos agravos relacionados à ST	≥80%	SINAN
		% de serviços de saúde públicos e privados realizando notificação de violência classificada como trabalho infantil	≥80%	SINAN
		% da variável do campo ocupação preenchida nos sistemas e fontes de informação em saúde	≥90%	SIM, SINAN, SIA-SUS, SIH
		% de notificação dos ATT relacionados ao trabalho	≥80%	SINATT
	INVESTIGAÇÃO	% de agravos relacionados ao trabalho investigados	≥80%	SINAN
		% de Óbitos relacionados ao trabalho investigados	≥80%	SIM, SINAN
	AMBIENTES E PROCESSOS DE TRABALHO SAUDÁVEIS	Nº de ações de Visat e promoção da saúde integradas	2 ações integradas ao ano em 12 regiões de saúde	Documentos; informante- chaves
	INSPEÇÃO EM AMBIENTES E PROCESSOS DE TRABALHO	% de ações de inspeção de processos, ambientes ou postos de trabalho realizadas	≥80%	SAI-SUS, documentos
		% de Ações de inspeção de processos, ambientes ou postos de trabalho em situações especiais por agravo, risco, grupo ou setor produtivo realizadas	≥80%	Documentos
		Nº de documentos com orientações de reestruturação dos processos e ambientes de trabalho elaborados	01 documento elaborado	Documentos

Quadro 7 – Matriz final de monitoramento da Visat no nível estadual. (Conclusão)

COMPONENTE	SUB-COMPONENTE	INDICADOR	PARÂMETRO	FONTE DE VERIFICAÇÃO
CONTROLE SOCIAL	ESTÍMULO A PARTICIPAÇÃO	Nº de parcerias estabelecidas	02 parcerias	Documentos; Informantes chaves
		Nº de ações integradas de Visat com participação do controle do social e sindicatos realizadas	5 ações integradas de Visat ao ano	Documentos; Informantes chaves
		% das formações de Visat com o controle social incorporado	90% das formações de Visat com participação do controle social	Documentos; Informantes chaves
		% de ações de inspeção de ambientes e processos de trabalho com participação do controle social e representações sindicais	80% das inspeções de ambientes e processos de trabalho de Visat com participação do controle social	Documentos; Informantes chaves
		% de ações de Visat planejadas com a participação do controle social	80% de ações de ações planejadas com a participação do controle social	Documentos; Informantes chaves
		% das ações de Visat com participação do controle social	80% das ações de Visat com participação do controle social	Documentos; Informantes chaves

Fonte: Autora

5. 5 Matriz de julgamento para avaliação da Visat no nível estadual

Com vistas a obtenção de um produto que avance com relação a utilização por parte dos atores relacionados com a Visat no âmbito estadual (academia, Renast, controle social, gestão, sindicatos, organizações não governamentais, comunidade, trabalhadores...), após a validação do ML e dos indicadores pelo grupo de especialistas, além da elaboração da matriz final de monitoramento da Visat, que tem como finalidade o acompanhamento regular com relação a implantação do programa, foi construída a matriz de julgamento para avaliação da Visat (ALVES et al., 2010).

A matriz de julgamento diferencia-se da matriz de monitoramento por assimilar em seu o escopo o mérito, sendo necessário que para cada indicador seja apresentado os seguintes elementos: pontuação máxima esperada, descrição do valor ou ponto de corte, valor obtido, valor atribuído (ALVES et al., 2010; COSTA et al., 2015; SOUZA; VANDERLEI; FRIAS, 2017).

Sendo a matriz de julgamento e avaliação, um elemento imprescindível na realização de estudos avaliativos do tipo análise de implantação, foi elaborada uma matriz (Quadro 8) que possa vir a ser utilizada para subsidiar a realização de estudos que discutam o grau de implantação da Visat no nível estadual para o estado de Pernambuco.

Nesse sentido foram estabelecidos para cada um dos indicadores além do parâmetro e da fonte de verificação, baseados por meio da análise documental, já integrante da matriz de monitoramento, os pontos de cortes, aqui denominados de “pontuação”, e a “pontuação máxima” que diz respeito ao total do escore possível de ser alcançado por cada indicador.

Quadro 8 – Matriz de julgamento para avaliação da Visat no nível estadual.

(Continua)

COMPONENTE	SUB-COMPONENTE	INDICADOR	PARÂMETRO	FONTE DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO	PONTUAÇÃO MÁXIMA
GESTÃO	ESTRUTURA FÍSICA	Existência de espaço físico para a Gerência de atenção a saúde do trabalhador	Sim	Observação direta; Informante- chave	Sim:1; Não:0	1
		Nº de computadores existentes e em funcionamento	Mínimo de 01 computador para cada integrante da equipe	Observação direta	2 pontos- 100% da equipe ; 2 pontos para 70%; 1 ponto para ≤ 50%	2
		Nº de impressoras existentes e em funcionamento	Mínimo 02 impressoras em funcionamento	Informante chave	2 pontos- 2 impressoras ; 1 ponto para 01 impressora; 0 para inexistência	2
		Existência de pontos de internet	Sim	Observação direta	Sim:1; Não:0	1
		Nº de ramais telefônicos existentes e em funcionamento	Mínimo de 04 ramais telefonicos	observação direta	2 pontos- 4 ramais ; 1 ponto para 02 ramais; 0 para inexistência	2
		Nº de salas de reunião	Mínimo de 01 sala de reunião	Informante chave; observação direta	1 ponto-01 sala ou mais ; 0 para inexistência	1
		Nº veículos existentes e em funcionamento	Mínimo de 01 veículo	Informante chave; observação direta	2 ponto-01 veículo ou mais ; 0 para inexistência	2
		Existência de mobiliário adequado	Mobiliário adequado: cadeiras, mesas e armários suficiente e em condições de uso	observação direta	Sim:1; Não:0	1
	RECURSOS HUMANOS	Existência de Gerente de atenção a saúde do trabalhador	No mínimo, um profissional de nível superior.	Informante chave; Documentos	Sim:1; Não:0	1
		Existência de um Coordenador do Cerest Estadual	No mínimo, um profissional de nível superior.	Informante chave; Documentos	Sim:1; Não:0	1
		Número de profissionais de nível médio que compõem o Cerest Estadual	5 profissionais de nível médio*, sendo ao menos 2 auxiliares de enfermagem	observação direta, documentos	2 pontos- 05 ou mais prof. médio ; 1 ponto - 03 prof.médio; 0 para inexistência	2
		Número de profissionais de nível superior que compõem o Cerest Estadual	10 profissionais de nível superior**, sendo ao menos 2 médicos (20 horas) e 1 enfermeiro (40 horas).	observação direta; documentos	2 pontos- 10 ou mais prof. superior ; 1 ponto - 05 prof.superior; 0 para inexistência	2

Quadro 8 – Matriz de julgamento para avaliação da Visat no nível estadual

(Continuação)

COMPONENTE	SUB-COMPONENTE	INDICADOR	PARÂMETRO	FONTE DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO	PONTUAÇÃO MÁXIMA
GESTÃO	FINANCIAMENTO	Número de Repasse financeiro do Ministério da Saúde para a Secretaria Estadual de saúde realizado mensalmente	01 Repasse financeiro mensal/ 12 repasses anuais	Informante chave; Documentos	2 pontos- 12 repasses; 1 ponto - 06 repasses; 0 pontos < que 5 repasses ao ano	2
		Recursos financeiro da SES alocado para realização das ações de Visat	Mínimo de 80% do valor alocado para ações de Visat	Informante chave; Documentos	3 pontos- >80% ; 2 pontos <79 a 50%; 1 ponto para ≤ 50%	3
	PLANEJAMENTO	Nº de Plano Estadual de Saúde - PES com inserção das ações de Visat	01 PES com inserção das ações de Visat para o quadriênio	Documentos; Informante-chave	1 ponto- ações no PES; 0 para inexistência	1
		Nº de Programação Anual de Saúde - PAS com inserção das ações de Visat	04 PAS com inserção das ações de Visat (um para cada ano do quadriênio)	Documentos; Informante-chave	1 ponto- ações no PAS; 0 para inexistência	1
		Nº de Relatórios Anual de Gestão-RAG com inserção das ações de Visat	04 RAG com inserção das ações de Visat (um para cada ano do quadriênio)	Documentos; Informante-chave	1 ponto- ações no RAG; 0 para inexistência	1
		Nº de Gerências Regionais de Saúde - Geres, com inserção das ações de Visat inseridas no planejamento	12 Geres com inserção das ações de Visat no planejamento	Documentos; Informante-chave	2 pontos- 12 Geres; 1 ponto - 06 Geres; 0 pontos < que 5 Geres	2
	MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO	Nº de monitoramento do PES realizadas em parceria com o Controle Social, Renast e Geres	02 monitoramentos por ano	Documentos	2 pontos- 02 ou mais reuniões; 1 ponto - 01 reunião, 0 para inexistência	2
		Nº de monitoramento da PAS monitorado em parceria com o Controle Social, Renast e Geres	03 monitoramentos por ano	Documentos	2 pontos- 03 ou mais reuniões; 1 ponto - 02 reuniões, 0 para inexistência	2
		Nº de Instrumento de monitoramento da Visat elaborado	01 instrumento de monitoramento da Visat elaborado	Documentos	1 ponto- instrumento elaborado; 0 para inexistência	1
		Nº de oficinas semestrais de monitoramento do PES e da PAS com a Renast-PE	2 oficinas semestrais de monitoramento do PES e da PAS com a Renast-PE	Documentos	2 pontos- 02 ou mais reuniões; 1 ponto - 01 reunião, 0 para inexistência	2

Quadro 8 – Matriz de julgamento para avaliação da Visat no nível estadual.

(Continuação)

COMPONENTE	SUB-COMPONENTE	INDICADOR	PARÂMETRO	FONTE DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO	PONTUAÇÃO MÁXIMA
GESTÃO	EDUCAÇÃO PERMANENTE E CONTINUADA	Nº de formações de Visat realizadas para rede de saúde em parceria com o controle social	01 formação por macrorregião de saúde (total de 4)	Documentos	2 pontos- 04 formações ;1 ponto - 02 formações,0 para inexistência	2
		Nº de formações de Visat realizadas para notificação dos agravos relacionados ao trabalho	01 formação por macrorregião de saúde (total de 4)	Documentos	2 pontos- 04 formações ;1 ponto - 02 formações,0 para inexistência	2
		Nº de formações de Visat para o controle social realizadas	01 formação por macrorregião de saúde (total de 4)	Documentos	2 pontos- 04 formações ;1 ponto - 02 formações,0 para inexistência	2
		Nº de estratégias de educação permanente com injeção dos conteúdos de Visat, no nível estadual	04 estratégias de educação permanente com injeção dos conteúdos de Visat	Documentos	2 pontos- 04 estratégias ;1 ponto - 02 estratégias,0 para inexistência	2
	PRODUÇÃO E DISSEMINAÇÃO DA INFORMAÇÃO	Nº de mapeamento das atividades, riscos e potenciais agravos à saúde do trabalhador	01 por área de abrangência de Cerest regional (total de 8)	Documentos	2 pontos- 08 mapeamentos realizado;1 ponto- 04 mapeamentos; 0 para inexistência	2
		Nº de perfil elaborado e a relação com as cadeias produtivas estabelecido	01 por área de abrangência de Cerest regional (total de 8)	Documentos	2 pontos- 08 perfis elaborados;1 ponto-04 perfis elaborados; 0 para inexistência	2
		Nº de monitoramentos da situação de saúde da população trabalhadora através dos sistemas de informações (SIM, SINAN, SIA-SUS, SIH)	01 monitoramento semestral	Documentos	1 ponto- 01 monitoramento realizado; 0 para inexistência	1
		Nº de instrumentos elaborados para Integrar os sistemas de informações relacionados a Visat	No mínimo 02 instrumentos elaborados	Observação direta	2 ponto- 2 ou mais instrumentos elaborados ;1 ponto- 01 instrumento; 0 para inexistência	2
		Nº de Geres com registo de procedimentos de Visat informados no SIA-SUS	12 Geres com registo de procedimentos de Visat no SAI-SUS	SIS-SUS	2 pontos- 12 geres ; 1 ponto - 06 geres; 0 pontos < que 5 geres	2
		Nº de boletins elaborados e divulgados, relativos a morbimortalidade relacionada ao trabalho	01 boletim anual	Documentos	1 ponto- 01 boletm divulgado ; 0 para inexistência	1

Quadro 8 – Matriz de julgamento para avaliação da Visat no nível estadual.

(Continuação)

COMPONENTE	SUB-COMPONENTE	INDICADOR	PARÂMETRO	FONTE DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO	PONTUAÇÃO MÁXIMA
GESTÃO	ARTICULAÇÃO INTRA E INTERSETORIAL	Nº de comitês de prevenção e redução da morbimortalidade relacionada ao trabalho implementados	12 comitês implementados	Documentos	2 pontos- 12 comitês; 1 ponto - 06 comitês; 0 pontos < que 5 comitês	2
		Nº de participação em comitês, fóruns, grupo condutores, relacionados à Visat	04 macrorregiões de saúde com participação	Documentos	2 pontos- 04 macros; 1 ponto - 02 macros; 0 pontos inexistência	2
		Nº articulação com as áreas técnicas da SES, para estabelecimento de prioridades comuns relacionadas à Visat	No mínimo 02 articulações estabelecidas na SES	Documentos; informantes -chaves	2 pontos- 02 ou mais articulações na SES ; 1 ponto - 01 articulação; 0 pontos inexistência	2
		Nº articulação com as áreas técnicas do Governo Estadual, para estabelecimento de prioridades comuns relacionadas à Visat	No mínimo 02 articulações estabelecidas na SES	Documentos; informantes -chaves	2 pontos- 02 ou mais articulações no governo; 1 ponto - 01 articulação; 0 pontos inexistência	2
		Nº de ações estabelecidas em parceria com as áreas técnicas da VS	No mínimo 02 parcerias estabelecidas	Documentos; informantes -chaves	2 pontos- 02 ou mais parcerias; 1 ponto - 01 parceria; 0 pontos inexistência	2
REDE DE ATENÇÃO	ESTRUTURAÇÃO DA REDE	Existência de Renast no âmbito estadual organizada	01 rede organizada	Documentos	Sim:1; Não:0	1
		Existência de Rede sentinela para a saúde do trabalhador estruturada	01 Rede organizada	Documentos	Sim:1; Não:1	1
		Nº de Ações Integradas realizadas	01 ação integrada com a VE, VS e VA, em cada uma das 4 macrorregiões de saúde (total 12 ações)	Documentos	2 pontos- 12 ou mais ações; 1 ponto - 06 ações; 0 pontos < 5 ações	2
		Nº de Assessoramento em Visat aos Cerest realizado	08 assessoramentos realizados	Documentos	2 pontos- 08 ou mais ; 1 ponto - 04; 0 pontos inexistência	2

Quadro 8 – Matriz de julgamento para avaliação da Visat no nível estadual.

(Continuação)

COMPONENTE	SUB-COMPONENTE	INDICADOR	PARÂMETRO	FONTE DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO	PONTUAÇÃO MÁXIMA
REDE DE ATENÇÃO	NOTIFICAÇÃO	% de serviços de saúde públicos e privados realizando notificação dos agravos relacionados à ST	≥80%	SINAN	2 pontos- ≥80%; 1 ponto -79≤a 50%; 0 pontos ≤ 49%	2
		% de serviços de saúde públicos e privados realizando notificação de violência classificada como trabalho infantil	≥80%	SINAN	2 pontos- ≥80%; 1 ponto -79≤a 50%; 0 pontos ≤ 49%	2
		% da variável do campo ocupação preenchida nos sistemas e fontes de informação em saúde	≥90%	SIM, SINAN, SIA-SUS, SIH	2 pontos- ≥90%; 1 ponto:89≤ a ≤50%; 0 pontos ≤ 49%	2
		% de notificação dos ATT relacionados ao trabalho	≥80%	SINATT	2 pontos- ≥80%; 1 ponto -79≤a 50%; 0 pontos ≤ 49%	2
	INVESTIGAÇÃO	% de agravos relacionados ao trabalho investigados	≥80%	SINAN	2 pontos- ≥80%; 1 ponto -79≤a 50%; 0 pontos ≤ 49%	2
		% de Óbitos relacionados ao trabalho investigados	≥80%	SIM, SINAN	2 pontos- ≥80%; 1 ponto -79≤a 50%; 0 pontos ≤ 49%	2
	AMBIENTES E PROCESSOS DE TRABALHO SAUDÁVEIS	Nº de ações de Visat e promoção da saúde integradas	2 ações integradas ao ano em 12 regiões de saúde	Documentos; informante- chaves	2 pontos- 24 ações; 1 ponto - 12 ações; 0 pontos inexistência	2
	INSPEÇÃO EM AMBIENTES E PROCESSOS DE TRABALHO	% de ações de inspeção de processos, ambientes ou postos de trabalho realizadas	≥80%	SAI-SUS, documentos	2 pontos- ≥80%; 1 ponto -79≤a 50%; 0 pontos ≤ 49%	2
		% de Ações de inspeção de processos, ambientes ou postos de trabalho em situações especiais por agravo, risco, grupo ou setor produtivo realizadas	≥80%	Documentos	2 pontos- ≥80%; 1 ponto -79≤a 50%; 0 pontos ≤ 49%	2
		Nº de documentos com orientações de reestruturação dos processos e ambientes de trabalho elaborados	01 documento elaborado	Documentos	1 ponto- 01 documento elaborado; 0 para inexistência	1

Quadro 8 – Matriz de julgamento para avaliação da Visat no nível estadual.

(Conclusão)

COMPONENTE	SUB-COMPONENTE	INDICADOR	PARÂMETRO	FONTE DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO	PONTUAÇÃO MÁXIMA
CONTROLE SOCIAL	ESTÍMULO A PARTICIPAÇÃO	Nº de parcerias estabelecidas	02 parcerias	Documentos; Informantes chaves	2 ponto- 02 mais parceria estabelecida; 1 ponto- 01 parceria; 0 para inexistência	2
		Nº de ações integradas de Visat com participação do controle do social e sindicatos realizadas	5 ações integradas de Visat ao ano	Documentos; Informantes chaves	2 ponto- 5 ou mais ações; 1 ponto- 03 ações; 0 para inexistência	2
		% das formações de Visat com o controle social incorporado	90% das formações de Visat com participação do controle social	Documentos; Informantes chaves	2 pontos- $\geq 90\%$; 1 ponto: $89\% \leq a \leq 50\%$; 0 pontos $\leq 49\%$	2
		% de ações de inspeção de ambientes e processos de trabalho com participação do controle social e representações sindicais	80% das inspeções de ambientes e processos de trabalho de Visat com participação do controle social	Documentos; Informantes chaves	2 pontos- $\geq 80\%$; 1 ponto - $79\% \leq a 50\%$; 0 pontos $\leq 49\%$	2
		% de ações de Visat planejadas com a participação do controle social	80% de ações de ações planejadas com a participação do controle social	Documentos; Informantes chaves	2 pontos- $\geq 80\%$; 1 ponto - $79\% \leq a 50\%$; 0 pontos $\leq 49\%$	2
		% das ações de Visat com participação do controle social	80% das ações de Visat com participação do controle social	Documentos; Informantes chaves	2 pontos- $\geq 80\%$; 1 ponto - $79\% \leq a 50\%$; 0 pontos $\leq 49\%$	2

Fonte: Autora

6 DISCUSSÃO

Compreendida, por um conjunto de conhecimentos e práticas tendo como fundamentação teórico-metodológica no Brasil, as construções da saúde coletiva, a saúde do trabalhador visa entender e modificar as relações trabalho e saúde-doença, com vistas à assimilação da classe trabalhadora em um contexto social de grandes modificações socioeconômicas e políticas. Permeada por meio da afiliação aos fundamentos conceituais da Medicina Social Latino-Americana no âmbito da determinação social do processo saúde-doença, em consonância com os conhecimentos da saúde pública e saúde coletiva ao observar o processo de sofrer, adoecer e morrer do conjunto de trabalhadores inseridos nos diferentes processos produtivos (LACAZ, 2007).

Assim, a ST traz como proposta um modelo de inclusão dos trabalhadores na gestão e no desenvolvimento das ações, destacando as ações de vigilância e de educação em saúde do trabalhador, desde a 1ª Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores, organizada em seguimento a 8ª Conferência Nacional de Saúde (SANTANA; SILVA, 2009).

Nesse sentido, a sociedade brasileira tem fomentado diversas ações no sentido do fortalecimento dos avanços relativos às políticas públicas, com objetivo da consolidação da atenção integral à saúde do trabalhador, compreendendo ações de assistência, promoção, vigilância e prevenção de acidentes e doenças relacionados ao trabalho (COSTA et al., 2013).

Como definido na Portaria MS/GM nº 3.252 de 22 de dezembro de 2009, a Visat é um componente do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde, que visa a promoção da saúde a redução da morbimortalidade da população trabalhadora, através da integração de ações que intervenham nos agravos e seus determinantes decorrentes dos modelos de desenvolvimento e processos produtivos (BRASIL, 2009).

No modelo de Atenção Integral em Saúde do Trabalhador, a Visat constitui-se como elemento estruturante e essencial, traduzindo-se através de saberes e práticas sanitárias, articulados intra e intersetorialmente. Por apresentar um objeto que considera relação da saúde com o ambiente e os processos de trabalho, possui

características peculiares ao seu campo de atuação, dependendo da participação e do saber do trabalhador em todas as suas etapas (BRASIL, 2012).

Sob essa perspectiva, a proposição de componentes, subcomponentes e indicadores a partir do ML elaborado, a partir da análise do referencial documental, corrobora com o preconizado através da PNSTT, para a estruturação da Visat e seu desenvolvimento no sistema único de saúde.

Nesse sentido, a Visat é estratégica no âmbito do SUS, na perspectiva de fomentar a eliminação de condições que colocam em risco à saúde do trabalhadores, intervindo de forma articulada nas dimensões da promoção da saúde, a prevenção de agravos e acidentes, e a recuperação da saúde (COSTA et al., 2013).

A Visat compreende um conjunto de práticas no âmbito da vigilância dos agravos e riscos relacionados ao trabalho, atuando sobre os ambientes, as condições e os processos trabalho, o monitoramento da situação de saúde da população trabalhadora de forma articulada com os demais componentes da vigilância em saúde objetivando a promoção da saúde dos trabalhadores (BRASIL, 2012).

Apresentando como práticas, a priorização de investigação do processo e organização do trabalho e suas relações com a saúde dos trabalhadores, fortalecendo a competência de suas ações. Apresentando como atribuições, o planejamento e execução de ações de inspeção de ambientes e processos de trabalho, considerando a informações obtidas em loco, os dados epidemiológicos e as demandas da comunidade (VILELA et al., 2012).

Ainda que seja observado um vasto conjunto documental, fragilidades são observadas por exemplo no que diz respeito a PNSST, resultante da cobrança de profissionais e da sociedade civil, apresenta fragilidades e limites ao observar-se que na contramão da lógica de fomentar ações integrais e articuladas entre os ministérios, praticamente se reforça as atribuições segmentadas distribuídas pelos vários ministérios e instituições (COSTA et al., 2013).

Apesar de apresentar especificidades em seu objeto de intervenção, possuir um arcabouço documental extenso, e se relacionar intrinsecamente com a Renast, a Visat ainda apresenta fragilidades no tocante a deficiências de articulação com os demais componentes da vigilância em saúde e dualidades na sistematização de suas ações na rede SUS. Essas características podem justificar os resultados

observados no estudo, considerando que ao alcançar os parâmetros estabelecidos, após julgamento pelo grupo de especialistas, os componentes, subcomponentes e indicadores em sua totalidade foram consensuados como muito relevantes para compor a matriz de monitoramento da Visat no nível estadual.

Observando o arcabouço documental que subsidia a Visat, constata-se que apesar da robustez normativa que estabelece a estruturação vigilância em saúde do trabalhador, onde dificuldades são observadas no sentido da avaliação de ações que se apresentem como preconizado no cotidiano dos serviços de saúde.

A utilização de instrumentos avaliativos, tem sido observada como uma ferramenta importante para a tomada de decisão por parte da gestão, e tem contribuído no sentido de subsidiar o estabelecimento de estratégias que sejam mais efetivas no enfrentamento a determinadas dificuldades observadas no desenvolvimento de programas e políticas de saúde.

Propor um instrumento avaliativo válido, elaborado a partir de metodologias testadas, capaz de identificar os fatores que se relacionam com o desenvolvimento da Visat no nível estadual em Pernambuco, assume um importante papel seja na tomada de decisão por parte dos gestores, assim como no entendimento do papel de cada um dos atores envolvidos a ser desempenhado no âmbito dessas ações.

Neste estudo buscou-se descrever as etapas de elaboração de um instrumento avaliativo, de acordo com o preconizado em percursos metodológicos já utilizados atendendo aos objetivos apresentados. Para tanto, as ferramentas metodológicas adotadas atenderam à questão de pesquisa estabelecida.

Como primeira etapa para elaboração do instrumento avaliativo, foi realizado a organização do modelo lógico, a partir do referencial documental descrito (Quadro 4).

As dificuldades observadas com relação a deficiências na objetividade com que os documentos oficiais introduzem a teoria das políticas e programas de saúde, assim como a ausência de consenso referente a operacionalização e os resultados esperados por parte dos agentes do sistema, são reflexões sempre presentes nos serviços de saúde (BEZERRA; CAZARIN; ALVES, 2010; BROUSSELLE, 2011; SILVA et al., 2012; VIEIRA-DA-SILVA, 2014).

Apresentando-se como uma importante ferramenta na pesquisa avaliativa, o ML possibilita a representação de forma visual e sistematizada da intervenção com vistas a explicitar as relações observadas entre os recursos necessários,

intervenções e efeitos esperados que se deseja alcançar (BEZERRA; CAZARIN; ALVES, 2010).

Com objetivo de fornecer racionalidade aos programas, demonstrando de forma esquemática o processo da intervenção para alcançar os efeitos esperados, foi introduzido uma teoria da avaliação de programas, que tem a necessidade de conceituar os efeitos e a natureza da intervenção, apresentando os ganhos obtidos pela modelização de programas e intervenções sociais, devido a sua complexidade (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 2013).

A etapa da modelização é imprescindível, na perspectiva da elaboração de questões pertinentes, para que os efeitos sejam relacionados a estratégias específicas sejam reconhecidos, e assim a avaliação cumpra seu papel que é o de subsidiar a tomada de decisão. Com efeito, a estruturação do ML expressa a capacidade de apresentar elementos relativos a teoria do programa, não tendo apenas os objetivos como objeto de investigação, mas sim todos os efeitos e consequências da intervenção (CHAMPAGNE et al., 2011).

Com efeito a incorporação de práticas avaliativas tem sido um ponto discutido na atualidade no âmbito do SUS. O incremento na produção de estudos avaliativos, que destacam a importância da adoção dessas práticas, tem-se configurado como importante ferramenta para auxiliar a gestão dos serviços na tomada de decisão e estabelecimento de estratégias subsidiadas em informações produzidas a partir de processos avaliativos (AZEVEDO et al., 2016; CAVALCANTI et al., 2013; COSTA et al., 2013; COSTA et al., 2015; DUARTE, 2014; PEREIRA et al., 2013; VENACIO; ROSA; BERSUSA, 2016).

Nesse sentido, a elaboração do ML da Visat no nível estadual, buscou apresentar de forma esquemática e visual seus principais elementos de funcionamento, possibilitando a estruturação da matriz preliminar de indicadores para o monitoramento da Visat, que foi validada a partir de um grupo de especialistas através do método Delphi.

Para definição dos componentes e subcomponentes, após a análise do referencial documental, foi utilizada a organização proposta em estudos avaliativos já validados, com objetivo de melhor representar os constituintes da Visat (COSTA et al., 2015; SILVA et al., 2012; SOUZA; VANDERLEI; FRIAS, 2017).

Foram propostos 3 componentes e 14 subcomponentes e 57 indicadores, os quais todos apresentaram média e desvio padrão dentro do parâmetro estabelecido

(média acima de 7,0 e desvio padrão menor que 3,0), após as duas rodadas de julgamento pelo grupo de especialistas, sendo todos considerados como muito relevantes para o monitoramento e avaliação da Visat no nível estadual. Porém observou-se que na primeira rodada o componente que apresentou a maior média e o menor desvio padrão ter sido observado na componente gestão estadual da Visat, e após a segunda rodada, foi o componente rede de atenção que apresentou maior média e menor desvio padrão.

Com relação aos subcomponentes, em semelhança aos resultados dos componentes, todos alcançaram o parâmetro estabelecido sendo considerados como muito relevantes para o monitoramento da Visat no nível estadual. Para os subcomponentes também foi observado alteração com relação a primeira e segunda rodada do formulário. Na primeira rodada o componente que apresentou a maior média e o menor desvio padrão foi o referente aos recursos humanos, e na segunda rodada foi o referente à promoção de ambientes de trabalho saudáveis.

Nessa lógica, o achado referente ao subcomponente promoção de ambientes de trabalho saudáveis, ao obter a maior média e o menor desvio padrão, alinha o entendimento do grupo de especialistas em consonância com o proposto pela PNSTT, com relação a importância da implementação da Visat na perspectiva da promoção de ambientes e processos de trabalho saudáveis.

Esse posicionamento reitera o defendido por Oliveira e Cruz (2015), que afirma o modelo baseado na vigilância em saúde, pauta-se busca de soluções mais objetivas para os problemas de saúde e necessidades da população, orientando-se na perspectiva de ações articuladas e integradas, de acordo com as particularidades apresentadas no território, indo além dos espaços institucionais do sistema e serviços de saúde.

Ainda é importante destacar, que o ML após elaborado pode representar esquematicamente a teoria do programa de acordo com o proposto pela análise lógica, e ainda pode representar a operacionalização do programa (VIEIRA-DASILVA, 2014).

Nesse sentido a obtenção por todos componente, subcomponentes e indicadores média e desvio padrão dentro do parâmetro estabelecido, corrobora com a afirmativa de que uma das possibilidades do ML é a de explicitar a operacionalização de uma intervenção ou programa, como observado em nossos achados.

Com relação à definição dos grupo de especialistas, foi tomando como premissa a definição de que especialista é o indivíduo que apresenta domínio a respeito de um determinado assunto, seja por formação ou especialização acadêmica ou por experiência e atuação na área discutida (COSTA et al., 2015; SILVA et al., 2012; UCHÔA et al., 2008), a seleção do grupo de especialistas teve como objetivo representar os atores que se relacionam intrinsecamente com o desenvolvimento das ações de Visat no nível estadual em Pernambuco, com base nesse pressuposto (JACQUES; MILANEZ; MATTOS, 2012).

Ainda sobre o grupo selecionado, destaca-se no campo da avaliação o conceito apresentado acerca dos *stakeholders*, que são indivíduos, grupos ou organismos que mantem uma relação com o objeto alvo da avaliação e com os conhecimentos produzidos a partir dela. Sendo destacado como principais grupos, os operadores do sistema, como gerentes, coordenadores, equipe técnica, os que são beneficiados ou atingidos pelos programas, como grupos de interesse, associações profissionais, instituições acadêmicas, e ainda os destinatários da avaliação, aqueles que podem decidir algo com relação aos programas, como os gestores, trabalhadores, e o controle social (MEDINA; FERNANDES, 2008)

Essas características do grupo de especialistas, possibilitou a elaboração de um instrumento que reflita a realidade do objeto estudado, e sua relação com elementos como a assimilação de práticas avaliativas na rotina de atuação dos atores da rede de saúde, incorporando os saberes da academia, dos gestores, do controle social e da Renast em Pernambuco (REIS; CESSE; CARVALHO, 2010; COSTA et al., 2013; BEZERRA et al., 2016).

É importante destacar a importância da participação dos especialistas selecionados, na primeira rodada 100% e na segunda rodada 80%, considerando que em estudo semelhante realizado no âmbito nacional da Renast o percentual alcançado foi de 48,6%, justificado pelas dificuldades apresentadas no processo de articulação das esferas federal, estaduais e municipais da gestão do SUS (JACQUES; MILANEZ; MATTOS, 2012).

Apesar de se observar a dificuldade por parte dos gestores e instituições responsáveis pela estruturação e implementação dos programas e políticas de saúde, a incorporação de práticas avaliativas nas práticas dos processos de gestão do SUS e na Renast. A utilização de metodologias participativas apresenta-se como uma estratégia potente para construção de instrumentos avaliativos, que possibilita a

qualificação e a implicação dos atores envolvidos em sua construção, podendo vir a refletir positivamente na incorporação futura desses instrumentos nos processos de monitoramento e avaliação (JACQUES; MILANEZ; MATTOS, 2012).

Considerando a importância da utilização de metodologias participativas no processo de construção de instrumentos avaliativos, os resultados alcançados pelo estudo refletem a opinião do grupo de experts, a luz dos conhecimentos adquiridos na prática da execução das ações de Visat, no âmbito do exercício do controle social e sob a ótica da pesquisa científica dos representantes do segmento academia.

A partir da definição dos três componentes estabelecidos para esse estudo: Gestão Estadual da Visat, Rede de Saúde e Controle Social, e seus respectivos subcomponentes, atividades, produtos, resultados e impacto, não foi observada a proposição de nenhuma alteração/ajuste por parte do grupo de especialistas, sendo que todos os indicadores propostos obtiveram médias superior a 8,0 e desvio padrão abaixo de 3,0, atendendo aos parâmetros estabelecidos devendo assim integrar a matriz final de monitoramento e avaliação como proposto no estudo.

Os resultados apresentados em nosso estudo, corroboram com os achados do estudo sobre uma matriz de monitoramento para os centros de referência em Saúde do trabalhador, onde todos os indicadores propostos alcançaram mais de 60% de aprovação, por parte dos coordenadores do Cerests em todo Brasil (JACQUES; MILANEZ; MATTOS, 2012).

Porém, Reis et al. (2010), ao utilizar uma técnica de consenso com objetivo de identificar os consensos acerca do papel do gestor estadual na regionalização da assistência à saúde no SUS, e de uma maneira geral também foi observado consenso entre as dimensões e critérios embora tenha sido percebida a necessidade de torná-los mais objetivos, e com relação aos indicadores as alterações se deram no âmbito qualitativo, na perspectiva do aperfeiçoamento como ferramenta avaliativa.

Em estudo sobre o instrumento avaliativo do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, realizado por Bezerra et al (2016), apresentou como resultado um alto nível de alterações/ajustes em duas dimensões, a dimensão Gestão do Programa e a dimensão Processo Político Pedagógico, esta última apresentando grande quantidade de ajustes/alterações não só em termos da escrita, mas também com relação à expansão da capacidade avaliativa. Diferentemente do

achado apresentado por Bezerra (2016), com relação às alterações relativas à redação à definição dos componentes, subcomponentes e indicadores.

Apesar de apresentar documentos que a amparam, garantia de recursos financeiros e o incremento de estruturas que se intensificaram nos últimos tempos, a Visat como proposta em seus fundamentos e princípios não tem sido uma realidade no Brasil, suscitando questões sobre suas práticas, a respeito da suficiência diante das novas imposições do mundo do trabalho e o papel do SUS na manutenção dos princípios de equidade e integralidade (RIBEIRO, 2013).

Como justificativa as questões relativas às práticas de Visat, Leão (2011) aponta problemas como, a lacuna de estudos no cerne das relações saúde-trabalho-ambiente, a dispersão e dificuldade de interlocução nas ações das vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental; e a exacerbação das ações no âmbito assistencial em prejuízo das ações Visat pelos serviços de saúde, a participação ainda tímida da população, e a dificuldade de articulação intra e Intersetorial.

Apesar dos avanços alcançados pela área da ST. No âmbito da produção científica apesar do incremento em pesquisas sobre a relação trabalho e saúde, estas ainda apresentam fragilidades com relação aos conceitos e percursos metodológicos válidos, ressaltando a necessidade de aproximação com as redes e serviços de saúde e as políticas sociais (MINAYO-GOMEZ, 2011).

Leão e Vasconcellos (2013), em um ensaio sobre vigilância em saúde trabalho e meio ambiente, no âmbito das cadeias produtivas, apresenta a necessidade da vigilância em saúde se organizar a partir de uma perspectiva integradora, ampliada atuando sobre os fatores condicionantes e os determinantes do processo saúde-doença e sua relação com os processos de trabalho e as cadeias produtivas. Destacando o papel fundamental da articulação da saúde com atores governamentais e o controle social, por meio de práticas que associam vários saberes para a produção de conhecimento.

Uma questão importante a ser destacada, é a transferência das atribuições de Visat para os municípios, sem a corresponsabilização do nível estadual e da Renast que não especifica qual o papel dos Cerests regionais e estadual. Nesse sentido a dificuldade na definição das atribuições, fragiliza a organização política no desenvolvimento das ações da Visat, podendo limitar a instância estadual apenas o papel de mediador entre o nível federal e os municípios (RIBEIRO, 2013).

A organização das atribuições do nível estadual com relação ao desenvolvimento das ações de Visat, vem contribuir para superação dessa dificuldade, oportunizando à gestão, a rede de saúde e o controle social a percepção de qual as suas respectivas atribuições para o desenvolvimento das ações.

Alves et al. (2010), apresenta que no campo da avaliação as matrizes possuem a característica de auxiliar a análise e interpretação dos achados. Uma vez que a definição de critérios, indicadores, e parâmetros é imprescindível para realização da avaliação. Considerando que estes elementos tem a função de estabelecer o julgamento sobre a intervenção, seja esta um programa, política, um ou mais de um componente avaliado, e não apenas tem a habilidade de descrever a intervenção.

Apesar de apresentarem pontos de intersecção, o monitoramento e a avaliação se diferenciam. O monitoramento apresenta a prerrogativa do acompanhamento continuado das informações referente ao desenvolvimento das ações da intervenção observada, estimula a produção, o aperfeiçoamento dos serviços, acompanhando os processos resultados. Ambas, se implicam na obtenção de informações, por meio de indicadores, definidos como medidas sintéticas capazes de transmitir informações relevantes sobre a situação de saúde assim o como o desempenho do sistema de saúde (JACQUES; MILANEZ; MATTOS, 2013).

A proposição de uma matriz de monitoramento, deve se dar a partir de critérios e indicadores tidos como relevantes ao funcionamento planejado da intervenção em questão. Serve para observar se o desenvolvimento está ocorrendo como esperado, e deve destacar os aspectos principais que devem subsidiar a tomada de decisão para qualificação do programa (ALVES et al., 2010).

Este estudo em semelhança a outros (BEZERRA et al., 2016; REIS, CESSE; CARVALHO, 2010; SOUZA; SILVA; HARTZ, 2005; VIEIRA-DA-SILVA et al., 2007;), utilizou metodologias válidas para alcançar seus objetivos. A literatura relata como possibilidades de técnicas de consenso, o método Delphi, Grupo Nominal, Juri Simulado e a Conferência de Consenso (SOUZA; SILVA; HARTZ, 2005; UCHÔA et al., 2008; VIEIRA-DA-SILVA, 2014). A adoção do método Delphi, se deu por se tratar de uma ferramenta ágil, executável por meio de correspondência eletrônica, viabilizando a participação de indivíduos de diferentes locais. O método apresenta vantagens como a não prevalência da opinião do especialista que mais possui conhecimento sobre o tema, e a oportunidade de cada um expressar seu julgamento

a partir da sua área de conhecimento o que potencializando a produção de conhecimento do grupo (REWORÊDO et al., 2015).

Toda via, a opção por metodologias participativas, através da utilização e técnicas de consenso apresentou-se como uma ferramenta plausível na validação de instrumentos de monitoramento e avaliação (UCHÔA et al., 2008). Tal como apontado por Jaques, Milanez e Mattos (2012), que utilizou técnicas participativas, para avaliação de indicadores em ST, qualificando o instrumento e estimulando a participação futura em um processo de monitoramento e avaliação, considerando a dificuldade apresentada pela rede SUS na incorporação de práticas avaliativas por parte dos gestores e instancias institucionais de formulação e implementação de políticas e programas de saúde.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Não se tem dúvidas, no que diz respeito ao papel estruturante da Visat na perspectiva da redução da morbimortalidade relacionada aos modos de produção consumo e trabalho, apresentados pela sociedade moderna. Fatores como a reestruturação produtiva, enfraquecimento das estruturas sindicais, os novos arranjos econômicos mundiais e as vulnerações ambientais, constituem-se um problema complexo a ser enfrentado. O modelo vigente de VS, fragmentado, desarticulado e distanciado das concepções institucionais que ampara a Visat no SUS, tem se mostrado insuficiente e pouco efetivo diante das novas configurações apresentadas. Este cenário tem exigido dos governos, e em especial no âmbito das políticas sociais e de saúde novas abordagens para solucioná-los. Em especial pelo nível estadual da gestão, que tem um importante papel a ser desempenhado no desenvolvimento das ações de Visat, extrapolando o papel reducionista de intermediador entre os níveis de gestão.

Uma estratégia potente para consolidação deste papel, pode ser oportunizado através da incorporação de práticas avaliativas nos processos de gestão no SUS, viabilizando a criação de espaços para reestruturação das práticas dos envolvidos, trabalhadores, gestores, controle social.

Ainda que o referencial documental relativo à Visat apresente elementos que em tese subsidiam o desenvolvimento de suas ações, por vezes não conseguem explicitar as atribuições a serem desempenhadas pelos diversos atores envolvidos, indicando que a sistematização das ações de Visat no nível estadual, apresentadas no estudo consegue demonstrar, ainda que resguardada suas limitações, os processos predominantes para alcançarem o efeito planejado.

Com vistas à adoção de práticas avaliativas que envolvam as diversas instancias da Visat no nível estadual, a matriz de monitoramento consensuada será capaz de subsidiar processos de monitoramento de avaliação, que objetivem compreender o desenvolvimento das ações de Visat no nível estadual, associando metodologias participativas na perspectiva da qualificação e fortalecimento do processo de monitoramento e avaliação da Visat.

Na perspectiva de explorar as conclusões obtidas, permitindo assim o estabelecimento de algumas conclusões com relação ao estudo:

Com relação a elaboração do ML e da matriz preliminar de indicadores:

- a) O ML alcançou o objetivo, uma vez que de forma esquemática explicitou o funcionamento da Visat, seus componentes, subcomponentes e os resultados esperados, não sofrendo nenhuma alteração por parte do grupo de especialistas;
- b) O referencial documental examinado, possibilitou a elaboração de três 12 componentes e 57 indicadores, referentes às ações de Visat a serem desenvolvidas no nível estadual;
- c) Com relação à matriz preliminar de indicadores, conclui-se que os todos os indicadores elencados ao serem todos considerados muito relevantes, devem compor a matriz final de monitoramento da Visat no nível estadual.

Da etapa referente, ao processo de validação e elaboração da matriz final de indicadores para o monitoramento da Visat, conclui-se que:

- a) A adoção de metodologias participativas, através do método Delphi, e a seleção do grupo de especialistas representantes da Renast-PE, oportunizou a proposição de um instrumento que se relaciona com a rede de ST;
- b) A alta adesão obtida no processo de validação pelo grupo de especialistas, indica o reconhecimento por parte destes com relação a importância de práticas avaliativas no processo de implementação da Visat.

No que diz respeito ao processo de elaboração da matriz final para avaliação da Visat no nível estadual:

- a) A importância da proposição de um instrumento capaz de subsidiar futuros estudos do tipo análise de implantação que possam contribuir na adoção de estratégias adequadas para o desenvolvimento das ações de Visat.

Ponderações devem ser feitas no tocante às limitações do estudo. E aqui destaca-se a ausência de um momento presencial para discussão entre o grupo de especialistas, o que seguramente traria contribuições relevantes. Outro limite a ser mencionado é a viabilidade da aplicação da matriz final elaborada a partir dos resultados consensuados após a segunda rodada do método Delphi.

Outras indagações, tornam-se pertinentes a partir dos achados apresentados: Em que medida o instrumento elaborado é aplicável, no processo monitoramento para definição de prioridades e adoção de estratégias para implementação da Visat no nível estadual pela gestão do SUS?

REFERÊNCIAS

ALVES, C. K. A et al. Análise da implantação de um programa com vistas à institucionalização da avaliação em uma Secretaria Estadual de Saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 10, n. 1, p.145-156, nov. 2010. <http://dx.doi.org/10.1590/s1519-38292010000500013>.

ALVES, C. K. A et al. Interpretação e Análise das Informações: O Uso de Matrizes, Critérios, Indicadores e Padrões. In: SAMICO, Isabella et al. (Org.). **Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais**. Rio de Janeiro: Medbook, 2010. cap. 8. p. 89-107.

ALVES, J. C. L. **Saúde do trabalhador e marxismo: uma análise a partir da Enquete Operária**. 2015. 110 f. Dissertação (Mestrado em Saúde, Trabalho e Ambiente) - Fundação Jorge Duprat Figueiredo, São Paulo, 2015.

ANTUNES, R. L. C.. **O Caracol e sua Concha: ensaios sobre a nova morfologia do trabalho**. São Paulo: Boitempo, 2005. 136 p.

ARREAZA, A. L. V.; MORAES, J. C. Vigilância da saúde: fundamentos, interfaces e tendências. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p.2215-2228, jul. 2010. <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232010000400036>.

AUGUSTO, L. G. S. O pragmatismo e o utilitarismo não resolveram, e agora? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p.808-809, dez. 2005. <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232005000400003>.

AZEVEDO, B. A. S. et al. Avaliação da implantação dos Serviços de Verificação de Óbito em Pernambuco, 2012: estudo de casos múltiplos. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 25, n. 3, p.595-606, set. 2016. Instituto Evandro Chagas. <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742016000300015>.

BEZERRA, L. C. A.; CAZARIN, G.; ALVES, ALVES, C. K. A. Modelagem de Programas: Da Teoria a Operacionalização. In: SAMICO, Isabella et al.(Org.). **Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais**. Rio de Janeiro: Medbook, 2010. cap. 6. p. 65-78.

BEZERRA, M. L. S.; NEVES, E. B. Perfil da produção científica em saúde do trabalhador. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 2, p.384-394, jun. 2010. <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902010000200014>.

BEZERRA, T. C. A et al. Instrumento Avaliativo para Programas de Residência Multiprofissional em Saúde. In: SAMICO, Isabella et al. (Org.). **Formação Profissional e Avaliação em Saúde: Desafios na implantação de programas**. Rio de Janeiro: Medbook, 2015. cap. 36. p. 261-282.

BEZERRA, T. C. A. et al. Avaliação de Programas de Formação Profissional em Saúde: Construção e Validação de Indicadores. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p.445-472, ago. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sip00111>.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**: CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL DE 1988. Brasília, 05 out. 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 6 dez. 2017.

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta A Lei no 8.080, de 19 de Setembro de 1990, Para Dispor Sobre A Organização do Sistema Único de Saúde - Sus, O Planejamento da Saúde, A Assistência à Saúde e A Articulação Interfederativa, e Dá Outras Providências. Brasília, 29 jun. 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm>. Acesso em: 20 out. 2016.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre s condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes. Brasília, 20 set. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 20 out. 2016.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Diretrizes de implantação da Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS**. Brasília, 2014. 14 p. Disponível em: <<http://renastonline.ensp.fiocruz.br/recursos/diretrizes-implantacao-vigilancia-saude-trabalhador-sus>>. Acesso em: 12 set. 2016.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em Saúde: caderno de legislação em saúde do trabalhador**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. p. 155-156.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.378, de 09 de junho de 2013. Regulamenta As Responsabilidades e Define Diretrizes Para Execução e Financiamento das Ações de Vigilância em Saúde Pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, Relativos Ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília, 10 jun. 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1378_09_07_2013.html>. Acesso em: 12 out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Brasília, 24 ago. 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html>. Acesso em: 12 set. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016. Define A Lista Nacional de Notificação Compulsória de Doenças, Agravos e Eventos de Saúde Pública nos Serviços de Saúde Públicos e Privados em Todo O Território Nacional, nos Termos do Anexo, e Dá Outras Providências. Brasília, 18 fev. 2016. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0204_17_02_2016.html>. Acesso em: 16 nov. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.120, de 1 de julho de 1998. Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS. Brasília, 1 jul. 1998. Disponível em: <<http://renastonline.ensp.fiocruz.br/recursos/portaria-3120-1o-julho-1998>>. Acesso em: 12 out. 2016.

CARVALHO, A. L. B. et al. A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p.901-911, abr. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232012000400012>.

CAVALCANTI, P. C. S. et al. Um modelo lógico da Rede Cegonha. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p.1297-1316, dez. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312013000400014>.

CHAMPAGNE, F. et al. Modelizar as Intervenções. In: BROUSSELLE, A. et al. (Org.). **Avaliação: conceito e métodos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 61-74.

CHAMPAGNE, F. et al. Avaliação no Campo da Saúde Conceitos e Métodos. In: BROUSSELLE, A. et al. (Org.). **Avaliação: conceito e métodos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 41-60.

COSTA, D. et al. Saúde do Trabalhador no SUS: desafios para uma política pública. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 38, n. 127, p.11-21, jun. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/s0303-76572013000100003>.

COSTA, J. M. B. S. et al. Avaliação do desempenho estadual da vigilância em saúde de Pernambuco Abstract. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p.1141-1163, dez. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312015000400006>.

COSTA, J. M. B. S. et al. Monitoramento do desempenho da gestão da vigilância em saúde: instrumento e estratégias de uso. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p.1201-1216, maio 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232013000500002>.

COSTA, M. C. M. Os Sentidos do Trabalho: Ensaio Sobre A Afirmação e a Negação do Trabalho. **Revista de Gestão Integrada em Saúde do Trabalho e Meio ambiente**, São Paulo, v. 1, n. 2, p.1-5, dez. 2006. Disponível em: <<http://www3.sp.senac.br/hotsites/blogs/InterfacEHS/wp-content/uploads/2013/07/Resenha2.pdf>>. Acesso em: 12 set. 2016.

DIAS, E. C. et al. Construção da RENAST em Minas Gerais: a contribuição dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest), 2002-2007. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 20, n. 2, p.66-74, jun. 2010.

DIAS, E. C. et al. Desenvolvimento de Ações de Saúde do Trabalhador no SUS: A Estratégia da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast). In: GOMEZ, C. M.; MACHADO, J. M. H.; PENA, P. G. L. (Org.). **Saúde do Trabalhador na Sociedade Brasileira Contemporânea**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 107-122.

DUARTE, E. **Proteção à Saúde do Trabalhador**. 2010. 91f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Ciências Jurídicas e Sociais) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/27171/000763973.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 8 set. 2017.

DUARTE, M. S. **Avaliação do Desempenho da Vigilância Epidemiológica nas Regiões de Saúde em Pernambuco no Ano de 2012**. 2014. 81 f. Dissertação (Mestrado de Avaliação em Saúde) - Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, Recife, 2014. Disponível em: <<http://www1.imip.org.br/imip/pgss/publicacoes/tesesedissertacoes/avaliacaoemsaude.html>>. Acesso em: 7 dez. 2017.

DUBOIS, C. A.; CHAMPGNE, F.; BILODEAU, H. Histórico da Avaliação. In: BROUSSELLE, A. et al. **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 19-40.

FARIA, L. S.; BERTOLOZZI, M. R. Aproximações teóricas acerca da Vigilância à Saúde: um horizonte para a integralidade. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 4, p.422-427, 2009. <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-21002009000400012>.

FELISBERTO, E. et al. Política de monitoramento e avaliação da atenção básica no Brasil de 2003 a 2006: contextualizando sua implantação e efeitos. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 9, n. 3, p.339-357, set. 2009. <http://dx.doi.org/10.1590/s1519-38292009000300013>.

FELISBERTO, E. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p.553-563, set. 2006. <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232006000300002>.

FELISBERTO, E.; ALVES, C. K. A.; BEZERRA, L. C. A. Institucionalização da Avaliação. In: SAMICO, I. et al (Org.). **Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais**. Rio de Janeiro: Medbook, 2010. p. 143-160.

FERRARO, A. H. A.; COSTA, E. A.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Imagem-objetivo para a descentralização da vigilância sanitária em nível municipal. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 10, p.2201-2217, out. 2009. <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2009001000011>.

FERREIRA, D. M.; LAPA, T. M.; VASCONCELOS, A. L. R. Morbi-mortalidade de agravos relacionados ao trabalho em Pernambuco de 2007 a 2010. In: GURGEL, I. G. D. et al. **Gestão em saúde pública: A vigilância em saúde em foco**. Recife: UFPE, 2014. p. 97-116.

FIGUEIRÓ, A. C.; FRIAS, P. G.; NAVARRO, L. M. Avaliação em Saúde: Conceitos Básicos para a Prática nas Instituições. In: SAMICO, Isabella et al (Org.). **Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais**. Rio de Janeiro: Medbook, 2010. p. 1-13.

FIUZ, A. R.; BARROS, N. F. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p.2345-2346, abr. 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232011000400034>.

GOMES, M. A. O. et al. As mutações no mundo do trabalho na era da mundialização do capital e a precarização do trabalho docente. **Revista Histedbr On-line**, Campinas, v. 12, n. 47, p.267-283, 14 dez. 2012. Disponível em: <<https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/histedbr/article/view/8640051/7610>>. Acesso em: 12 set. 2016. <http://dx.doi.org/10.20396/rho.v12i47.8640051>.

GOMEZ, C. M. Campo saúde do trabalhador; trajetória, configuração e transformações. In: GOMEZ, C. M.; MACHADO, J. M. H.; PENNA, P. G. L. (Org.). **Saúde do Trabalhador na Sociedade Brasileira Contemporânea**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 23-34.

JACQUES, C. C.; MILANEZ, B.; MATTOS, R. C. O. C. Indicadores para Centros de Referência em Saúde do Trabalhador: proposição de um sistema de acompanhamento de serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p.369-378, fev. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232012000200011>.

JONES, J.; HUNTER, D. Usando o Delphi e a técnica do grupo nominal na pesquisa em serviços de saúde. In: POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 51-60.

LACAZ, F. A. C. O campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p.757-766, abr. 2007. <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2007000400003>.

LARA, R. Saúde do trabalhador: considerações a partir da crítica da economia política. **Revista Katálysis**, Florianópolis, v. 14, n. 1, p.78-85, jun. 2011. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1414-49802011000100009>.

LEAL, D. R. et al. Programa de Controle da Hanseníase: uma avaliação da implantação no nível distrital. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. , p.209-228, mar. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042017s16>.

LEÃO, L. H. C. **Nas Trilhas das Cadeias Produtivas: Subsídios para uma Política Integradora de Vigilância em Saúde.** 2011. 192 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca) - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2011.

LEÃO, L. H. C.; BRANT, L. C. Manifestações de sofrimento: dilemas e desafios para a vigilância em saúde do trabalhador. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p.1271-1292, dez. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312015000400012>.

LEÃO, L. H. C.; VASCONCELLOS, L. C. F. Cadeias produtivas e a vigilância em saúde, trabalho e ambiente. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 4, p.1232-1243, dez. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902015136460>.

LEÃO, L. H. C.; VASCONCELLOS, L. C. F. Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast): reflexões sobre a estrutura de rede. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 20, n. 1, p.85-100, mar. 2011. <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742011000100010>.

LOURENÇO, E. A. S.; LACAZ, F. A. C. Os desafios para a implantação da política de Saúde do Trabalhador no SUS: o caso da região de Franca-SP. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 38, n. 127, p.44-56, jun. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/s0303-76572013000100008>.

MACHADO, J. M. H.; SANTANA; V. (Org). **1º Inventário de Saúde do Trabalhador, 2009: Avaliação da Rede Nacional de Atenção Integral em Saúde do Trabalhador, 2008-2009.** Brasília: Ministério da Saúde; Fiocruz Brasília; Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, 2011. 84 p. Disponível em: <http://renastonline.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/recursos/invent%C3%A1rio_renast_2009.pdf>. Acesso em: 12 set. 2016.

MACHADO, J. M. H.; SANTANA; V. (Org). **2º Inventário de Saúde do Trabalhador, 2010-2011: Acompanhamento da Rede Nacional de Atenção Integral em Saúde do Trabalhador, 2010-2011.** Brasília: Ministério da Saúde; Fiocruz Brasília; Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, 2013. 138 p. Disponível em: <<http://renastonline.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/recursos/Inventario%20RENAST%202010-2011.pdf>>. Acesso em: 12 set. 2016.

MACHADO, J. H. M. et al. Situação da Rede Nacional de Atenção Integral em Saúde do Trabalhador (Renast) no Brasil, 2008-2009. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 38, n. 128, p.243-256, dez. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/s0303-76572013000200012>.

MACHADO, J. H. M. Perspectivas e Pressupostos da Vigilância em Saúde do Trabalhador no Brasil. In: GOMEZ, C. M.; MACHADO, J. M. H.; PENA, P. G. L. **Saúde do Trabalhador na Sociedade Brasileira Contemporânea.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. cap. 3. p. 67-86.

MARQUES, A. P. P. Reestruturação produtiva e recomposições do trabalho e emprego: um périplo pelas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p.1545-1554, jun. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232013000600007>.

MARX, K. **O Capital**: Livro 1. 2. ed. São Paulo: Boitempo Editorial, 2011. 894 p.

MEDINA, M. G. et al. Uso de Modelos Teóricos na Avaliação em Saúde:: Aspectos Conceituais e Operacionais. In: HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; VIEIRA-DA-SILVA, Ligia Maria (Org.). **Avaliação em Saúde**: Dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 41-64.

MEDINA, M. G.; FERNADES, A. S. Utilidade da avaliação para gestores de saúde: Uma contribuição com base na análise dos relatórios dos estudos de linha de base. In: HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; FELISBERTO, Eronildo; VIEIRA-DA-SILVA, Ligia Maria (Org.). **Meta-avaliação da atenção básica à saúde**: Teoria e prática. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 101-116.

MÉLO, L. A. **Os caminhos da política de Saúde do Trabalhador em Pernambuco**. 2013. 87 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva, Programa de Pós-graduação Integrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2013.

MENDES, R.; DIAS, E. C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 25, n. 5, p.341-349, out. 1991. <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-89101991000500003>.

MENICUCCI, T. M. G. O Sistema Único de Saúde, 20 anos: balanço e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p.1620-1625, jul. 2009. <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2009000700021>.

MINAYO-GOMEZ, C; THEDIM-COSTA, S. M. F. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p.21-32, 1997. <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x1997000600003>.

OLIVEIRA, C. M.; CRUZ, M. M. Sistema de Vigilância em Saúde no Brasil: avanços e desafios. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p.255-267, mar. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-110420151040385>.

OLIVEIRA, S. R. A.; TEIXEIRA, C. F. Avaliação da regionalização do SUS: construção do modelo teórico-lógico. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 37, n. 1, p.236-254, 13 dez. 2013. <http://dx.doi.org/10.22278/2318-2660.2013.v37.n1.a162>.

PAIM, J. S. Avaliação em saúde: uma prática em construção no Brasil. In: HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; VIEIRA-DA-SILVA, Ligia Maria. **Avaliação em saúde**: Dos modelos teóricos à prática na avaliação de Programas e Sistemas de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 9-21.

PEREIRA, C. C. B. et al. Avaliação da implantação do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) em Pernambuco. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 13, n. 1, p.39-49, mar. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/s1519-38292013000100005>.

PÉREZ, A. S. M.; NAVARRETE, M. L. V. Técnicas qualitativas aplicadas em saúde: Técnicas participativas. In: NAVARRETE, Maria Luísa Vázquez et al (Org.). **Introdução às técnicas qualitativas de pesquisas aplicadas em saúde**. Olinda: Livro Rápido, 2016. p. 61-94.

PERNAMBUCO. Governo. Resolução Cib nº 2.613, de 21 de julho de 2014. **Institui A Regionalização dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador no Estado de Pernambuco**. Recife, PERNAMBUCO, 06 ago. 2014. Disponível em: < http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/resol_2613_regionalizacao_cerest-_saude_do_trabalhador.pdf>. Acesso em: 09 set. 2016.

PERNAMBUCO. Governo. Secretaria Estadual de Saúde. Código de Saúde do Estado de Pernambuco: Decreto nº. 20.786, de 10 de agosto de 1998. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em Saúde: caderno de legislação em saúde do trabalhador**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. p. 197-200.

PERNAMBUCO. Governo. Resolução nº 1.236, de 05 de maio de 2008. Aprova Processo de Regionalização e Implantação de Unidades Sentinela em Saúde do Trabalhador no Estado Pernambuco, Recife, 6 maio 2008.

PINTO JÚNIOR, V. L.; CERBINO NETO, J. Vigilância em saúde pública: política de financiamento no Brasil e o exemplo do Distrito Federal. In: MELAMED, C; PIOLA, S. F. (Orgs.). **Políticas públicas e financiamento federal do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ipea, 2011. Cap 5. p. 136-150.

PINHEIRO, T. M. M. et al. A vigilância em saúde do trabalhador no sistema único de saúde a vigilância dos conflitos e os conflito das vigilâncias. In: CORRÊA, M. J. M.: PINHEIRO, T. M. M.; MERLO, A. R. V. **Vigilância em saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde: teorias e práticas**. Belo Horizonte: Coopmed, 2013. cap. 5. p. 61-78.

RAMALHO, J. R.; SANTOS, R. Huw Beynon: Marxismo e sociologia. **Sociologia & Antropologia**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p.13-29, abr. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/2238-38752016v611>.

REIS, Y. A. C. ; CESSÉ, E. A. P.; CARVALHO, E. F. Consensos sobre o papel do gestor estadual na regionalização da assistência à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 10, n. 1, p.157-172, nov. 2010. <http://dx.doi.org/10.1590/s1519-38292010000500014>.

REVORÊDO, L. S. et al. O uso da técnica Delphi em saúde: uma revisão integrativa de estudos brasileiros. **Revista Arquivos de Ciências da Saúde**, São José do Rio Preto, v. 22, n. 2, p.16-21, 13 jul. 2015. Disponível em: <<http://www.cienciasdasaude.famerp.br/index.php/racs/article/view/136>>. Acesso em: 20 set. 2016. <http://dx.doi.org/10.17696/2318-3691.22.2.2015.136>.

RIBEIRO, F. S. N. Vigilância em Saúde do Trabalhador: a tentativa de engendrar respostas às perguntas caladas. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 38, n. 128, p.268-279, dez. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/s0303-76572013000200014>.

ROZADOS, H. F. O uso da técnica Delphi como alternativa metodológica para a área da Ciência da Informação. **Em Questão**, Porto Alegre, v. 21, n. 3, p.64-85, 24 dez. 2015. Faculdade de Biblioteconomia Comunicação. <http://dx.doi.org/10.19132/1808-5245213.64-86>.

SAMICO, I.; FIGUEIRÓ, A. C.; FRIAS, P. G. Abordagens metodológicas na avaliação em saúde. In: SAMICO, Isabella et al (Org.). **Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais**. Rio de Janeiro: Medbook, 2010. p. 15-28.

SANTOS, A. P. L.; LACAZ, F. A. C. Ações de vigilância em saúde do trabalhador e ambiente: análise da atuação do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de Campinas em postos de combustível. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 38, n. 128, p.230-242, dez. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/s0303-76572013000200011>.

SCARPARO, A. F. et al. Tendências da função do enfermeiro auditor no mercado em saúde. **Texto & Contexto: Enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n. 1, p.85-92, mar. 2010. <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-07072010000100010>.

SHIMADA, S. O. The subservience of the cut the cane worker in agribusiness sugarcane. **Mercator**, Fortaleza, v. 13, n. 02, p.145-154, 26 set. 2014. *Mercator - Revista de Geografia da UFC*. <http://dx.doi.org/10.4215/rm2014.1302.0010>.

SILVA JÚNIOR, J. B. **Epidemiologia em serviço**: uma avaliação de desempenho do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. 2004. 381 f. Tese (Doutorado - Faculdade de Ciências Médicas, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Dr_JarbasTese_final.pdf>. Acesso em: 16 set. 2016.

SILVA, G. S. et al. Redes de atenção às urgências e emergências: pré-avaliação das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) em uma região metropolitana do Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 12, n. 4, p.445-458, dez. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/s1519-38292012000400011>.

SILVA, T. L. et al. Saúde do trabalhador na Atenção Primária: percepções e práticas de equipes de Saúde da Família. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 18, n. 49, p.273-288, jun. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0227>.

SOUZA, J. P. et al. A importância da Atenção Básica de Saúde como Ordenadora da Redes de Atenção à Saúde e Ordenadora do Cuidado. In: DIAS, Elizabeth Costa; SILVA, Thais Lacerda e (Org.). **Saúde do trabalhador na Atenção Primária à Saúde: Possibilidades, desafios e perspectivas**. Belo Horizonte: Coopmed, 2013. cap. 3. p. 57-72.

SOUZA, L. E. P. F.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; HARTZ, Z. M. A. Conferência de consenso sobre a imagem-objetivo da descentralização da atenção à saúde no Brasil. In: HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; VIEIRA-DA-SILVA, Ligia Maria (Org.). **Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador: Edufba, 2005. cap. 3. p. 41-102.

SOUZA, M. F. et al. Avaliação da implantação do Programa de Controle da Hanseníase em Camaragibe, Pernambuco. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 26, n. 4, p.817-834, nov. 2017. Instituto Evandro Chagas. <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742017000400013>.

SOUZA, T. S.; VIRGENS, L. S. Saúde do trabalhador na Atenção Básica: interfaces e desafios. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 38, n. 128, p.292-301, dez. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/s0303-76572013000200016>.

TEIXEIRA, M.G. et al. Vigilância e monitoramento de eventos epidemiológicos. In: ALMEIDA FILHO, N.; BARRETO, M.L. **Epidemiologia e saúde: fundamentos, métodos e aplicações**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 643-658.

TANAKA, O. Y.; TAMAKI, E. M. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p.821-828, abr. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232012000400002>.

UCHÔA, A. C. et al. Utilizando técnicas de consenso: Potencialidades e limites na avaliação de informações em saúde. In: HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; FELISBERTO, Eronildo; VIEIRA-DA-SILVA, Ligia Maria (Org.). **Meta-avaliação da atenção básica à saúde: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 253-275.

VASCONCELLOS, L. C. F. **Saúde, trabalho e desenvolvimento sustentável: apontamentos para uma Política de Estado**. 2007. 421 f. Tese (Doutorado em Ciências), Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007.

VASCONCELLOS, L. C. F. et al. O processo de construção das ações de saúde do trabalhador na atenção básica (1990-2002). In: DIAS, E.C.; SILVA, T. L.. **Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde: Possibilidades, desafios e perspectivas**. Belo Horizonte: Coopmed, 2013. cap. 4. p. 73-91.

VASCONCELLOS, L. C. F.; ALMEIDA, C. V. B.; GUEDES, D. T. Vigilância em saúde do trabalhador: passos para uma pedagogia. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p.445-462, fev. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v7n3/04.pdf>>. Acesso em: 12 out. 2016.

VASCONCELLOS, L. C. F.; GOMEZ, C. M. ; MACHADO, J. M. H. Entre o definido e o por fazer na Vigilância em Saúde do Trabalhador. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 12, p.4617-4626, dez. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320141912.13602014>.

VASCONCELLOS, L. C. F.; MACHADO, MACHADO, J. M. H. Política Nacional de Saúde do Trabalhador: ampliação do objeto em direção a uma política de Estado. In: GOMEZ, C. M.; MACHADO, J. M. H.; PENA, P. G. L. (Org.). **Saúde do Trabalhador na Sociedade Brasileira Contemporânea**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 37-65.

VASCONCELLOS, L. C. F.; PIGNATI, W. A. Medicina do Trabalho: subciência ou subserviência? Uma abordagem epistemológica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p.1105-1115, dez. 2006. <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232006000400031>.

VENANCIO, S. I.; ROSA, T. E. C.; BERSUSA, A. A. S. Atenção integral à hipertensão arterial e diabetes mellitus: implementação da Linha de Cuidado em uma Região de Saúde do estado de São Paulo, Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p.113-135, mar. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312016000100008>.

VIANNA, L. C. R. et al. Vigilância em Saúde do Trabalhador: um estudo à luz da Portaria nº 3.120/98. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 114, p.786-800, set. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201711409>.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. **Avaliação de políticas e programas de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. 110 p.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Análise da implantação da gestão descentralizada em saúde: estudo comparado de cinco casos na Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 23, p.355-370, fev. 2007.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M.. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: HARTZ, Z. M. A.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 15-39.

VILELA, R. A. G.; ALMEIDA, I. M.; MENDES, R. W. B. Da vigilância para prevenção de acidentes de trabalho: contribuição da ergonomia da atividade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 10, p.2817-2830, out. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232012001000029>.

WALDMAN, E. A. Vigilância como prática de saúde pública. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al. (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2009. p. 487-528.

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Ministério da Saúde
 FIOCRUZ
 FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
 Centro de Pesquisas  Magalhães

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Convidamos o (a) Sr(a) para participar da **Pesquisa Avaliação da Vigilância em Saúde do Trabalhador (Visat) em Pernambuco: proposta de uma matriz de monitoramento e avaliação**, sob a responsabilidade da pesquisadora Flávia Karina Wanderley dos Reis, a qual pretende desenvolver um instrumento para avaliação e monitoramento da Vigilância em Saúde do Trabalhador de Pernambuco. Sua participação nessa pesquisa se dará em dois momentos, o primeiro momento através da resposta, para validação da proposta da matriz de monitoramento e avaliação da vigilância em saúde do trabalhador através do formulário eletrônico, e no segundo momento a participação de um momento presencial de discussão, para validação do modelo lógico e do instrumento de monitoramento e avaliação da Visat, através da realização da técnica de consenso do grupo nominal, que consiste em uma troca estruturada de informações (que não será gravada) para obtenção do consenso.

Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa podem estar relacionados ao desconforto, uma vez que o formulário a ser preenchido deverá conter um número significativo de questões a serem avaliadas pelos participantes, o que pode demandar uma maior concentração no momento do preenchimento. Desta forma os riscos podem se relacionados ao constrangimento que porventura venham a ser gerados, decorrentes da reflexão sobre estruturas e processos de trabalho, que poderão trazer desconforto por parte do participante. Nesse sentido será garantida a confidencialidade das informações prestadas, assim como o anonimato de todos que participarem da pesquisa.

Caso você aceite participar, estará contribuindo para, a construção de um instrumento de avaliação de monitoramento da Visat para o estado de Pernambuco, que poderá ser utilizado para a adoção de estratégias para a prevenção dos agravos relacionados ao trabalho e na promoção da saúde da população de trabalhadores.

Segundo a resolução 466/2012, o presente termo deverá ser assinado em duas vias, devendo uma via ficar em posse do participante, a outra ficará sob a guarda do responsável pela pesquisa por um período não inferior a cinco anos. Em caso de dúvidas ou preocupações quanto aos seus direitos como participante deste estudo, o (a) senhor (a) pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) deste centro de pesquisas, localizado na Av. Professor Moraes Rego, s/n - Campus da UFPE - Cidade Universitária, Recife/PE, CEP: 50.670-420, através do telefone (81) 2101-2639 ou pelo e-mail: comiteetica@cpqam.fiocruz.br. O horário de funcionamento é das 08:00 – 12:00 h / 13:00 – 15h. O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.



Ministério da Saúde
 FIOCRUZ
 FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
 Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

Se depois de consentir em sua participação o Sr (a) desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. Em qualquer momento da pesquisa, o pesquisador estará disponível para o esclarecimento de qualquer dúvida que porventura possa surgir. O (a) Sr (a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo.

Eu, _____, fui informado sobre o que o pesquisador quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar do projeto, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando quiser. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pelo pesquisador, ficando uma via com cada um de nós.

Recife, ____ de _____ de 2017.

 Participante

 Pesquisador Responsável – Flávia Karina Wanderley dos Reis.

Eu, Flávia Karina Wanderley dos Reis, declaro que forneci todas as informações referentes ao estudo ao participante. Para maiores esclarecimentos, entrar em contato nos endereços abaixo relacionados:

Nome:	Flávia Karina Wanderley dos Reis		
Endereço:	Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – Fiocruz/PE,		
Bairro:	Av. Professor Moraes Rego, s/n – Cidade Universitária - Campus da UFPE - Recife		
CEP:	50.740-465	UF:	PE
Fones:	98838-7275 / 99966-8196	E-mail:	flaviakwr@hotmail.com / flaviakwr@gmail.com

APÊNDICE B - Matriz Preliminar de Indicadores da Visat no Nível Estadual


COMPONENTE	SUB-COMPONENTE	INDICADOR
GESTÃO	ESTRUTURA FÍSICA	Existência de espaço físico para a Gerência de atenção a saúde do trabalhador
		Nº de computadores existentes e em funcionamento
		Nº de impressoras existentes e em funcionamento
		Existência de pontos de internet
		Nº de ramais telefônicos existentes e em funcionamento
		Nº de salas de reunião
		Nº veículos existentes e em funcionamento
		Existência de mobiliário adequado
	RECURSOS HUMANOS	Existência de Gerente de atenção à saúde do trabalhador
		Existência de um Coordenador do Cerest Estadual
		Número de profissionais de nível médio que compõem o Cerest Estadual
		Número de profissionais de nível superior que compõem o Cerest Estadual
	FINANCIAMENTO	Número de Repasse financeiro do Ministério da Saúde para a Secretaria Estadual de saúde realizado mensalmente
		Recursos financeiro da SES alocado para realização das ações de Visat
	PLANEJAMENTO	Nº de Plano Estadual de Saúde - PES com inserção das ações de Visat
		Nº de Programação Anual de Saúde - PAS com inserção das ações de Visat
		Nº de Relatórios Anual de Gestão-RAG com inserção das ações de Visat
		Nº de Gerências Regionais de Saúde - Geres, com inserção das ações de Visat inseridas no planejamento
	MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO	Nº de monitoramento do PES realizadas em parceria com o Controle Social, Renast e Geres
		Nº de monitoramento da PAS monitorado em parceria com o Controle Social, Renast e Geres
		Nº de Instrumento de monitoramento da Visat elaborado
		Nº de oficinas semestrais de monitoramento do PES e da PAS com a Renast-PE
	EDUCAÇÃO PERMANENTE E CONTINUADA	Nº de formações de Visat realizadas para rede de saúde em parceira com o controle social
		Nº de formações de Visat realizadas para notificação dos agravos relacionados ao trabalho
		Nº de formações de Visat para o controle social realizadas
		Nº de estratégias de educação permanente com inserção dos conteúdos de Visat, no nível estadual

COMPONENTE	SUB-COMPONENTE	INDICADOR
GESTÃO	PRODUÇÃO E DISSEMINAÇÃO DA INFORMAÇÃO	Nº de mapeamentos das atividades, riscos e potenciais agravos à saúde do trabalhador
		Nº de perfis elaborados e a relação com as cadeias produtivas estabelecido
		Nº de monitoramentos da situação de saúde da população trabalhadora através dos sistemas de informações (SIM, SINAN, SIA-SUS, SIH)
		Nº de instrumentos elaborados para integrar os sistemas de informações relacionados a Visat
		Nº de Geres com registo de procedimentos de Visat informados no SIA-SUS
		Nº de boletins elaborados e divulgados, relativos a morbimortalidade relacionada ao trabalho
	ARTICULAÇÃO INTRA E INTERSETORIAL	Nº de comitês de prevenção e redução da morbimortalidade relacionada ao trabalho implementados
		Nº de participação em comitês, fóruns, grupo condutores, relacionados à Visat
		Nº articulação com as áreas técnicas da SES, para estabelecimento de prioridades comuns relacionadas à Visat
		Nº articulação com as áreas técnicas do Governo Estadual, para estabelecimento de prioridades comuns relacionadas à Visat
Nº de ações estabelecidas em parceria com as áreas técnicas da VS		
REDE DE ATENÇÃO	ESTRUTURAÇÃO DA REDE	Existência de Renast no âmbito estadual organizada
		Existência de Rede sentinela para a saúde do trabalhador estruturada
		Nº de Ações Integradas realizadas
		Nº de Assessoramento em Visat aos CEREST realizado
	NOTIFICAÇÃO	% de serviços de saúde públicos e privados realizando notificação dos agravos relacionados à ST
		% de serviços de saúde públicos e privados realizando notificação de violência classificada como trabalho infantil
		% da variável do campo ocupação preenchida nos sistemas e fontes de informação em saúde
		% de notificação dos ATT relacionados ao trabalho
	INVESTIGAÇÃO	% de agravos relacionados ao trabalho investigados
		% de Óbitos relacionados ao trabalho investigados
	AMBIENTES E PROCESSOS DE TRABALHO SAUDÁVEIS	Nº de ações de Visat e promoção da saúde integradas
	INSPEÇÃO EM AMBIENTES E PROCESSOS DE TRABALHO	% de ações de inspeção de processos, ambientes ou postos de trabalho realizadas
		% de ações de inspeção de processos, ambientes ou postos de trabalho em situações especiais por agravo, risco, grupo ou setor produtivo realizadas
		Nº de documentos com orientações de reestruturação dos processos e ambientes de trabalho elaborados

COMPONENTE	SUB-COMPONENTE	INDICADOR
CONTROLE SOCIAL	ESTÍMULO A PARTICIPAÇÃO	Nº de parcerias estabelecidas
		Nº de ações integradas de Visat com participação do controle do social e sindicatos realizadas
		% do Controle social incorporado das formações de Visat
		% de ações de inspeção de ambientes e processos de trabalho com participação do controle social e representações sindicais
		% de ações de Visat planejadas com a participação do controle social
		% das ações de Visat com participação do controle social

Fonte: Autora

ANEXO A - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos



Comitê de Ética em Pesquisa

Titulo do Projeto: ^AAvaliação da Vigilância em Saúde do Trabalhador em Pernambuco: proposta de uma matriz de avaliação e monitoramento

Pesquisador responsável: Flávia Karina Wanderley dos Reis

Instituição onde será realizado o projeto: CPqAM/Fiocruz

CAAE: 65039517.0.0000.5190

Número do Parecer na Plataforma Brasil: : 2.040.825

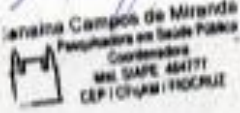
PARECER

O Comitê avaliou e considera que os procedimentos metodológicos do Projeto em questão estão condizentes com a conduta ética que deve nortear pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com o Código de Ética, Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, de 12 de dezembro de 2012 e complementares.

O CEP/CPqAM reforça a necessidade de entrega de relatórios parcial e final, em cumprimento à Resolução CNS 466/12, capítulo XI, artigo 2d.

Recife, 16 de maio de 2017

Janaina Campos de Miranda



 Janaina Campos de Miranda
 Pesquisadora em Saúde Pública
 Coordenadora
 MSc. SAPE 464771
 CEP/CPqAM/FIOCRUZ

Comissão do SFPE - Av. Moraes Regis, 671
 CEP 50.670-420 Fone: (81) 3301.2639
 Fax: (81) 3303.3111 / 3303.2630
 Recife - PE - Brasil

