

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

LÍGIA PANHOZI DE CAMARGO NOGUEIRA

POLÍTICA DE SAÚDE DA TRABALHADORA E DO TRABALHADOR PARA O
DESENVOLVIMENTO TERRITORIAL SUSTENTÁVEL E SAUDÁVEL: ANÁLISE E
REVISÃO INTEGRATIVA DA QUALIDADE DE VIDA DO TRABALHO DOCENTE

MATINHOS

2023

LÍGIA PANHOZI DE CAMARGO NOGUEIRA

POLÍTICA DE SAÚDE DA TRABALHADORA E DO TRABALHADOR PARA O
DESENVOLVIMENTO TERRITORIAL SUSTENTÁVEL E SAUDÁVEL: ANÁLISE E
REVISÃO INTEGRATIVA DA QUALIDADE DE VIDA DO TRABALHO DOCENTE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Territorial Sustentável, da Universidade Federal do Paraná Setor Litoral, na linha de pesquisa em Redes Sociais e Políticas Públicas, como requisito à obtenção do título de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Roberto Eduardo Bueno

MATINHOS

2023

CATALOGAÇÃO

Dados Internacionais de Catalogação na Fonte
Biblioteca Universidade Federal do Paraná - Setor Litoral

N778p Nogueira, Lígia Panhozi de Camargo
Política de saúde da trabalhadora e do trabalhador para o desenvolvimento territorial sustentável e saudável: análise e revisão integrativa da qualidade de vida do trabalho docente / Lígia Panhozi de Camargo Nogueira; orientador Roberto Eduardo Bueno. – 2023.
142 f.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Paraná - Setor Litoral, Matinhos/PR, 2023.

1. Promoção da saúde. 2. Saúde - Política pública. 3. Análise de conteúdo - Saúde.
I. Dissertação (Mestrado) – Programa de Mestrado em Desenvolvimento Territorial Sustentável. II. Título.

CDD – 379



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR LITORAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO DESENVOLVIMENTO
TERRITORIAL SUSTENTÁVEL - 40001016081P3

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação DESENVOLVIMENTO TERRITORIAL SUSTENTÁVEL da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da dissertação de Mestrado de LÍGIA PANHOZI DE CAMARGO NOGUEIRA intitulada: **POLÍTICA DE SAÚDE DA TRABALHADORA E DO TRABALHADOR PARA O DESENVOLVIMENTO TERRITORIAL SUSTENTÁVEL E SAUDÁVEL: ANÁLISE E REVISÃO INTEGRATIVA DA QUALIDADE DE VIDA DO TRABALHO DOCENTE**, sob orientação do Prof. Dr. ROBERTO EDUARDO BUENO, que após terem inquirido a aluna e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa.

A outorga do título de mestra está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

MATINHOS, 02 de Junho de 2023.

Assinatura Eletrônica

07/06/2023 14:21:35.0

ROBERTO EDUARDO BUENO

Presidente da Banca Examinadora

Assinatura Eletrônica

07/06/2023 14:04:51.0

TAINÁ RIBAS MÊLO

Avaliador Externo (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica

07/06/2023 20:35:25.0

DIOMAR AUGUSTO DE QUADROS

Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

RUA JAGUARIÁIVA, 512 - MATINHOS - Paraná - Brasil
CEP 83260-000 - Tel: (41) 3511-8371 - E-mail: ppgdts@ufpr.br

Documento assinado eletronicamente de acordo com o disposto na legislação federal Decreto 8539 de 08 de outubro de 2015.

Gerado e autenticado pelo SIGA-UFPR, com a seguinte identificação única: 290189

Para autenticar este documento/assinatura, acesse <https://siga.ufpr.br/siga/visitante/autenticacaoassinaturas.jsp> e insira o código 290189

DEDICATÓRIA

Às/Aos trabalhadoras/trabalhadores docentes que são merecedores de muita admiração e respeito pelo importante papel que desempenham na sociedade. Elas/Eles se dedicam para formar as gerações futuras, contribuindo no desenvolvimento do país. Além disso, muitas vezes enfrentam desafios profissionais e pessoais, mas mesmo assim, levantam-se todos os dias e fazem o seu melhor para oferecer uma boa educação aos seus alunos. Para os/as docentes minha admiração e respeito.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, pela vida e pela oportunidade concedida. Aos meus pais João e Marly, pelas demonstrações de carinho e palavras de apoio durante essa trajetória.

Ao meu esposo Rafael, pelo estímulo ao meu crescimento acadêmico, por todo incentivo, carinho, amizade, apoio nos momentos em que mais precisei e compreensão pelos dias em que estivemos separados a conclusão da dissertação.

Ao meu orientador prof. Dr. Roberto Eduardo Bueno, que me acompanha desde o programa de educação pelo trabalho para saúde (PET-Saúde) e por acreditar no meu trabalho e me aceitar como sua orientanda durante esse período de aprendizagem. E por ser inspiração para continuar a árdua tarefa de defender aquilo em que acredito. Às professoras Dra. Tainá Ribas Mélo e Dra. Cinthia Abrahão e ao professor Dr. Diomar Augusto de Quadros, por aceitarem em participar da banca de defesa da dissertação e por suas contribuições e orientações durante a minha caminhada dentro do programa.

A todas as/os docentes do mestrado Desenvolvimento Territorial Sustentável da Universidade Federal do Paraná – Setor Litoral, por fazerem a diferença na minha formação acadêmica, ampliando as reflexões e visões em uma lente interprofissional.

Aos colegas da turma do mestrado, pelas trocas de experiências, por todos os momentos divididos ao longo destes dois anos de muito aprendizado, desespero, ansiedade e sobretudo, de muitas alegrias.

Por fim, agradeço a todas as/os docentes, preceptoras e acadêmicos de Saúde Coletiva, Serviço Social e Educação Física da Universidade Federal do Paraná – Setor Litoral de 2019-2020, participantes do PET-Saúde, que acrescentaram muito na minha vida acadêmica. Além disso, tive o prazer de conhecer o programa saúde do professor do município de Paranaguá/PR, que foi através das vivências nesse programa que o projeto dessa dissertação teve seu início.

RESUMO

Ao longo dos anos, as concepções de trabalho vêm passando por constantes transformações. O trabalho docente tem um papel importante para a nossa sociedade, constitui-se em, além de ensinar os conteúdos programados, mobilizar e socializar a população por meio da escola e contribuir para o desenvolvimento sustentável e saudável deste território de abrangência da comunidade escolar. A qualidade de vida está relacionada aos fatores que influenciam o dia-a-dia dos indivíduos, referindo-se à satisfação física, psicológica e social, bem como à percepção do indivíduo em relação a sua posição na vida, contexto cultural e sistema de valores e expectativas que permitam uma visão ampliada sobre as condições de saúde. O objetivo deste trabalho foi analisar a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) com enfoque nas dimensões da Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) de docentes para a promoção do desenvolvimento territorial sustentável e saudável. A metodologia desse estudo se caracteriza como uma pesquisa aplicada, exploratória, descritiva por meio da análise de conteúdo do documento oficial da PNSTT, através do software QDA Miner Lite® e revisão bibliográfica integrativa investigada por meio da plataforma Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e portal da CAPES, totalizando 46 artigos completos selecionados com recorte temporal (de 2011 à 2021). Os resultados da revisão integrativa revelaram que as pesquisas têm demonstrado interesse em temas da QVT de professores do ensino básico de instituições públicas. Os instrumentos mais utilizados são: Whoqol-bref, questionário semiestruturado e o questionário de auto relato (SRQ-20). No que diz respeito aos aspectos relacionados à saúde e QVT das/dos docentes, observa-se impactos negativos nos domínios: físico, meio ambiente, presença da disfonia da voz, emocional e burnout nas/nos docentes do ensino básico. Na análise de conteúdo da PNSTT, resultou-se na prevalência das categorias da QVT: saúde dos trabalhadores 48,8% (f=123) e Meio Ambiente 11,9% (f=30). Desta forma, o estudo buscou se aprofundar na investigação da QVT e da PNSTT direcionadas ao trabalho docente para que se possa pensar, planejar estratégias e ações comunitárias e de políticas públicas, de forma a interagir entre si e se materializar, ao longo do tempo, em resultados que visam atingir o desenvolvimento local e regional, para uma boa QVT docente e a melhora nos respectivos domínios da QV para a promoção da saúde pública/coletiva.

Palavras-chave: Promoção da Saúde. Análise de Conteúdo. Professores. Política Pública em Saúde. Desenvolvimento Sustentável.

ABSTRACT

Over the years, the conceptions of work have been undergoing constant transformations. The teaching work has an important role for our society, it consists of, in addition to teaching the programmed contents, mobilizing and socializing the population through the school and contributing to the sustainable and healthy development of this territory covered by the school community. Quality of life is related to factors that influence individuals' daily lives, referring to physical, psychological and social satisfaction, as well as the individual's perception of their position in life, cultural context and value system. and expectations that allow a broader view of health conditions. The objective of this study was to analyze the National Policy on Workers' and Workers' Health (PNSTT) with a focus on the dimensions of the Quality of Working Life (QWL) of professors to promote sustainable and healthy territorial development. The methodology of this study is characterized as an applied, exploratory, descriptive research through the content analysis of the official PNSTT document, through the QDA Miner Lite® software and integrative bibliographic review investigated through the Virtual Health Library (VHL) platform and CAPES portal, totaling 46 complete articles selected with a temporal cut (from 2011 to 2021). The results of the integrative review revealed that research has shown interest in QWL topics for basic education teachers in public institutions. The most used instruments are: Whoqol-bref, semi-structured questionnaire and self-report questionnaire (SRQ-20). With regard to aspects related to the health and QWL of teachers, negative impacts are observed in the domains: physical, environment, presence of voice dysphonia, emotional and burnout in/on teachers of basic education. The content analysis of the PNSTT resulted in the prevalence of the QWL categories: workers' health 48.8% (f=123) and Environment 11.9% (f=30). In this way, the study sought to delve deeper into the investigation of QWL and PNSTT directed to teaching work so that one can think, plan strategies and community actions and public policies, in order to interact with each other and materialize, over time, in results that aim to achieve local and regional development, for a good teaching QWL and improvement in the respective domains of QL for the promotion of public/collective health.

Keywords: Health promotion. Content analysis. Teachers. Public health policy. Sustainable development.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - MODELO HIPOTÉTICO DA ASSOCIAÇÃO DO BURNOUT, WORKAHOLISM E QUALIDADE DE VIDA.....	36
FIGURA 2 – SISTEMA DE ATENDIMENTO BRASILEIRO À SAÚDE DAS/DOS TRABALHADORAS/ES.....	51
FIGURA 3 – INTERFACE DO SOFTWARE QDA MINER LITE E O PROCESSO DE CODIFICAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA.....	57
FIGURA 4 – OBJETIVOS DA PESQUISA.....	59
FIGURA 5 – FLUXOGRAMA DE SELEÇÃO DOS ESTUDOS PARA REVISÃO INTEGRATIVA	61
FIGURA 6 – NUVEM DE PALAVRAS: INSTRUMENTOS DE QUALIDADE DE VIDA.....	68
FIGURA 7 – COMPONENTES RELACIONADAS AO MEIO AMBIENTE NAS CONDIÇÕES DE TRABALHO	72
FIGURA 8 – CATEGORIAS MAIS FREQUÊNTES NA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA	84

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – INDICADORES DE QUALIDADE DE VIDA.....	38
QUADRO 2 – GRUPOS E CATEGORIAS DO DOCUMENTO DA PNSTT	56
QUADRO 3 – MÉTODO DE PESQUISA.....	62
QUADRO 4 – INSTRUMENTOS QUE MAIS APARECEM NAS PESQUISAS DE QVT DOCENTE.....	69
QUADRO 5 – ASPECTOS RELACIONADOS AO DOMÍNIO FÍSICO	73
QUADRO 6 – ASPECTOS RELACIONADOS AO DOMÍNIO MEIO AMBIENTE.....	75
QUADRO 7 – ASPECTOS RELACIONADOS À SAÚDE VOCAL	78
QUADRO 8 – ASPECTOS RELACIONADOS AO DOMÍNIO EMOCIONAL.....	79
QUADRO 9 – ASPECTOS RELACIONADOS A SÍNDROME DE BURNOULT	80
QUADRO 10 – ASPECTOS RELACIONADOS A BOA PERCEPÇÃO DA QVT DOCENTE.....	81

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – INSTITUIÇÕES DE ENSINO: PÚBLICA E PRIVADA.....	64
TABELA 2 – INSTRUMENTOS DE QUALIDADE DE VIDA (QV).....	67
TABELA 3 – DOMÍNIOS DA QUALIDADE DE VIDA (QV) PRESENTES NOS ARTIGOS SELECIONADOS.....	77
TABELA 4 – CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS RELACIONADAS À QUALIDADE DE VIDA PAUTADAS NO DOCUMENTO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA	83

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
DORT	Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
LER	Lesão por Esforço de Repetição
MTE	Ministério do Trabalho e Emprego
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PNSTT	Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora
QV	Qualidade de Vida
QVT	Qualidade de Vida no Trabalho
QVRS	Qualidade de Vida Relacionada à Saúde
RENAST	Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
SESMT	Serviços em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho
SUS	Sistema Único de Saúde
VISAT	Vigilância em Saúde do Trabalhador

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
1.1 JUSTIFICATIVA	19
1.2 OBJETIVOS	21
1.2.1 Objetivo Geral	21
1.2.2 Objetivos Específicos	21
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	23
2.1 CONCEITUAÇÃO DE DESENVOLVIMENTO TERRITORIAL E ESPAÇO	23
2.2 RELAÇÕES DE TRABALHO PARA O DESENVOLVIMENTO TERRITORIAL SUSTENTÁVEL E SAUDÁVEL	26
2.3 TRABALHO DOCENTE	31
2.4 O ADOECIMENTO RELACIONADO AO TRABALHO DOCENTE: SÍNDROME DE BURNOUT, DISTÚRBIO DE VOZ RELACIONADO AO TRABALHO, WORKAHOLISM	34
2.5 QUALIDADE DE VIDA, TRABALHO E INSTRUMENTOS	37
2.6 POLÍTICA PÚBLICA	44
2.6.1 Política Nacional de Promoção da Saúde	47
2.6.2 Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora	50
3 METODOLOGIA	55
3.1 CLASSIFICAÇÃO DO TIPO DE PESQUISA	55
3.2 COLETA DOS DADOS	59
3.3 ANÁLISE DOS DADOS	63
4 RESULTADOS	64
4.1 REVISÃO INTEGRATIVA DOS ARTIGOS DE QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO DOCENTE	64
4.1.1 Instrumentos de Qualidade de Vida mais utilizados nas pesquisas	66
4.1.2 Aspectos relacionados à saúde e Qualidade de Vida no Trabalho das/dos docentes	71
4.1.2.1 Domínio Físico	73
4.1.2.2 Domínio Meio Ambiente	75
4.1.2.3 Domínio Voz	77
4.1.2.4 Domínio Emocional	79
4.1.2.5 Síndrome de Burnout	80
4.1.2.6 Boa percepção da Qualidade de Vida no Trabalho	81

4.2 ANÁLISE DE CONTEÚDO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA	82
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	88
REFERÊNCIAS.....	91
APÊNDICE A	103
ANEXO 1.....	109

PRÓLOGO

Gostaria de apresentar esta dissertação a partir da narrativa de minha trajetória profissional e pessoal, por isso iniciarei com um breve memorial. Sou nascida na cidade de Maringá-PR, lugar onde morei por 26 anos. Foi nessa cidade que me formei na primeira graduação, em 2009 no curso de Educação Física Licenciatura - (Faculdade Ingá) e em 2012 no Bacharelado (Unicesumar). Logo após a formação, fiz o curso na área do pilates, pois, no estágio docente nas escolas estaduais do município, fiquei assustada com tamanha desmotivação dos professores de Educação Física com a área escolar e assim tentei partir para outra dimensão da profissão.

Após o curso, consegui trabalho na área do pilates e foi aí que começou a vida adulta, de receber salário, pagar contas, me casei e seis meses depois passei a residir na cidade de Apucarana-PR, permanecendo por um ano, devido ao trabalho do meu esposo.

A atuação no pilates me levou a compreender o cotidiano de trabalho dos profissionais da área, marcado pelo contato constante com os alunos, mas o meu pensamento em relação a profissão na área escolar era constante, na época, eu ficava refletindo em como a área escolar pode ganhar pouco, se é a partir desse território que as/os docentes proporcionam o espaço de aprendizagem. Constatei que a maioria de pessoas no trabalho docente são mulheres, por isso nesta dissertação optei em referenciar por primeiro a trabalhadora e logo após o trabalhador, embora a minha análise se concentrou na denominada Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.

No ano de 2014, passei no processo seletivo na área da Educação Física, na empresa SESC no município de Paranaguá - PR, passando a morar no litoral. Meu esposo e eu ficamos morando na cidade por 3 anos, no começo não foi fácil, pois, estávamos passando por mudanças para uma nova cidade e culturas diferentes. Após esse período, mais uma mudança ocorreu em nossas vidas, com a aprovação e convocação do meu esposo no concurso público no município de Guaratuba, resolvemos nos mudar para a cidade e mais uma vez, passamos pelo processo de adaptação. Foi no ano de 2017, que fui contratada para trabalhar na Secretaria de Esportes do município de Guaratuba, permanecendo por dois anos, nesse período realizei atividades para grupos de vulnerabilidade social e também docentes das

escolas públicas e particulares, com relatos de descontentamento com a profissão, além das queixas de dores osteomusculares e isso me gerava inquietações.

Durante as atividades executadas no trabalho, tive o contato direto com uma profissional Assistente Social. Com vários encontros e conversas, eu me interessei pelo curso e fui pesquisar instituições que ofertassem o mesmo, tendo a sorte de encontrar em Matinhos na UFPR Litoral. No ano de 2018 participei do processo seletivo e passei, fiquei muito feliz com a conquista, mas, ao mesmo tempo apreensiva em iniciar novamente uma outra graduação.

No ano de 2019, ingressei no Projeto PET-Saúde, permanecendo por 2 anos. Nesse período, desenvolvemos ações no município de Paranaguá, com o programa saúde do professor e com as unidades básicas de saúde, passando a me aproximar mais uma vez da profissão docente. No PET-Saúde, realizamos um estudo e levantamento de qualidade de vida das/dos docentes do município, tendo como resultado a baixa percepção no aspecto mental e físico.

No final do ano de 2020, ingressei na pós-graduação em Questão Social Interdisciplinar na UFPR, iniciando a pesquisa com as/os docentes no território de Paranaguá, participantes do Programa Saúde do Professor, fazendo um levantamento da percepção da qualidade de vida no trabalho, resultando em boa percepção, diferente dos resultados das/dos demais docentes, relatados anteriormente.

A partir dessa trajetória de estudos, estágio e prática profissional que foi projetado na presente dissertação, no ano de 2021, para ingresso no mestrado em Desenvolvimento Territorial Sustentável da UFPR, um sonho antigo que foi adiado devido às mudanças e também da necessidade de experiências no mercado de trabalho e amadurecimento.

Ao longo do percurso, em 2022, realizei uma prova de concurso no município de Guaratuba no cargo de Professor de Educação Física e tive a aprovação e foi no mês de fevereiro do ano de 2023 que fui convocada e passei também a ser o meu próprio objeto de estudo.

Assim foi a minha trajetória até chegar ao mestrado. Estudando os resultados da minha pesquisa, sobre a qualidade de vida e o bem-estar no trabalho docente, tenho tentado cuidar da minha saúde mental e física para me manter equilibrada, para assim, realizar um bom trabalho no território em que estou atuando.

1 INTRODUÇÃO

A importância do papel das professoras (as quais representam a maioria no trabalho docente) e dos professores em nossa sociedade se constitui, além do ensinar os conteúdos programados, em mobilizar e socializar as pessoas por meio do território onde ocorrem as vivências e experiências para o desenvolvimento humano saudável, imprescindível para o desenvolvimento territorial sustentável da área de abrangência da comunidade escolar. Segundo Oliveira (2004), essa importância na dinâmica social vem, em alguns casos, acompanhada da falta de prestígio no trabalho docente, em baixos salários, quando esses são comparados às profissões com a mesma exigência de escolarização, além de serem, para muitos, insatisfatórias em relação às condições de trabalho e às progressões na carreira.

Percebe-se que o trabalho docente vem passando por algumas transformações devido às alterações nos currículos escolares, na forma de como estes são organizados e na tentativa de adequar às demais demandas a estes profissionais, com atividades extracurriculares, sobrecarregando as atividades e o desvio de seus atributos mais específicos, relacionados ao ensino. Com isso, surge um alerta, demonstrando que o trabalho pode ser propício para o desenvolvimento de doenças emocionais e físicas, como exemplo a Síndrome de Burnout e o distúrbio na voz relacionada ao trabalho, que afetam as/os docentes e influenciam na aprendizagem dos estudantes (OLIVEIRA, 2004).

No que se refere a Qualidade de Vida (QV), importante no trabalho docente, ela está relacionada aos fatores que influenciam o dia-a-dia dos indivíduos, referindo-se à satisfação física, psicológica e social, bem como, com a percepção do indivíduo em relação a sua posição na vida, contexto cultural e sistema de valores, suas metas, expectativas, padrões e preocupações (FERREIRA, 2019). Para Fleck (2008), a QV inclui também a garantia de políticas públicas como: habitação adequada, trabalho e renda, liberdade de garantias e aspectos do ambiente no qual se está inserido, que podem ou não ser afetados pela saúde e alcançar os parâmetros de desenvolvimento territorial sustentável.

Segundo Denardin e Alves (2019), o conceito de território saudável e sustentável, refere-se ao espaço em que ocorre a vivência e experiência social, onde a vida saudável é viabilizada, por meio de ações comunitárias e de políticas públicas, que interagem entre si e se materializam, ao longo do tempo, em resultados que visam

atingir o desenvolvimento regional e local, em suas dimensões ambientais, culturais, econômicas, políticas e sociais.

O desenvolvimento, segundo Sen (2000), pode ser visto como processo de expansão de liberdades humanas, liberdades essas que dependem de outros determinantes, como: as disposições sociais e econômicas (por exemplo, educação, e saúde) e os direitos civis (por exemplo, a liberdade de participar de discussões e averiguações públicas) e requer que se removam as fontes de privação de liberdade: pobreza, carência de oportunidades econômicas e instituições sociais sistemáticas, negligências dos serviços públicos e intolerância ou interferência excessiva de Estados repressivos.

Em relação ao Desenvolvimento Sustentável, segundo Barbosa (2008), apresenta no relatório chamado “nosso futuro comum” o conceito relacionado “àquele que atende as necessidades do presente sem comprometer as possibilidades de as gerações futuras atenderem suas próprias necessidades”, tratando-se de fatores determinantes das condições de vida e bem-estar. Para Furtado (2008), o desenvolvimento é um processo de recriação das relações sociais que se apoia na acumulação. Sendo assim, quando a acumulação se transforma em um fim em si mesma, os processos de criação de novas relações sociais transformam-se em simples meio para alcançá-la. Para percorrer esse processo de transformação, as pessoas passam por qualificação de mão de obra dentro das escolas e os professores são os responsáveis que vão ensinar, corrigir, se especializar para dar o seu melhor para a sociedade.

Toda essa responsabilidade de uma/um docente, pode apresentar algumas consequências na sua saúde e no bem-estar, como apresenta Dalago (2019) em um levantamento realizado nos departamentos de Recursos Humanos, Saúde Ocupacional, Ouvidoria da Secretaria Municipal de Educação e Ensino Integral (SEMEDI) e Escolas da rede municipal de Paranaguá, em 2017, que identificou-se, naquele momento, o quantitativo de 58 afastamentos de professoras em acompanhamento para saúde, sendo que dessas 34 (58,6%) por estarem em tratamento psicológico e/ou emocional. Na perspectiva da promoção da saúde e prevenção de doenças, criou-se o “Programa de Atenção à Saúde e Valorização do Professor”, voltadas para a saúde mental e física, com o acompanhamento longitudinal da psicóloga do programa, em parceria com integrantes do PET-Saúde da UFPR-Litoral (NOGUEIRA et al., 2020).

Com esse levantamento, nota-se a importância do desenvolvimento de políticas públicas de base territorial/local/espço para a efetivação de ações promotoras da saúde e QV com foco na construção de ambientes e territórios saudáveis, mesmo que este ainda seja considerado um desafio, comprometido significativamente tanto sua adequação às realidades locais como seu impacto no combate às iniquidades e garantia do direito à saúde (MOYSÉS; SÁ, 2014). Para uma organização e estratégias no enfoque para as políticas públicas, o território é enfatizado como favorável no cuidado, na prevenção, na promoção e manutenção da saúde desses atores, através de ações com bons planejamentos para que possa levar aos resultados almejados de saúde e QV (OLIVEIRA, 2006).

Além disso, temos a seguinte questão problema: O que a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) tem pautado sobre à Qualidade de Vida no Trabalho (QVT)? A partir desta, outras perguntas surgiram como: O que as pesquisas recentes revelam sobre o impacto do trabalho das/dos docentes na QV? Quais os instrumentos sobre QV mais utilizados? Quais os danos nos aspectos de saúde que mais aparecem nos resultados das pesquisas? Partindo desses questionamentos, desenvolve-se o presente estudo com base na hipótese de que os processos de precarização do trabalho docente são danosos para a saúde das/dos docentes e conseqüentemente para a promoção do desenvolvimento territorial sustentável e saudável, ou seja, tais processos afetam negativamente a QVT e o desenvolvimento humano do território.

1.1 JUSTIFICATIVA

O estudo buscou preencher uma lacuna encontrada, em relação a pauta de QVT dentro da PNSTT e revisão integrativa da QVT docente no período de 2011 a 2021. Além disso, o estudo poderá contribuir na mostra de um parâmetro dos indicadores da saúde e evidenciar a necessidade de implantação de programas direcionadas à QVT docente e ao desenvolvimento territorial sustentável.

A escolha do tema está pautada nos estudos do período entre 2011 à 2021 que apresentam o ser humano, com suas habilidades e conhecimentos, como peça fundamental para o desenvolvimento do território. Desta forma, percebe-se a

importância deste estudo, pois poderá orientar implementações e revisões das políticas públicas da educação e saúde para a QV do trabalho docente.

O desenvolvimento deste estudo deu-se em relação às leituras realizadas durante o processo formativo da primeira graduação, em Educação Física Licenciatura/Bacharelado, que evidenciaram assuntos sobre as causas de adoecimento entre as/os docentes da rede pública de vários estados e municípios, além do abandono de seus cargos, buscando um novo recomeço profissional. E, também, com as leituras e contribuição formativa da segunda graduação em Serviço Social na Universidade Federal do Paraná, durante a participação no Programa de Educação pelo Trabalho (PET-Saúde), assim como no denominado Programa de Saúde do Professor (programa de atenção à saúde e trabalho do professor), no município de Paranaguá-PR no ano de 2019.

Durante o PET-Saúde, foi realizado um estudo sobre a QV docente desse território, por meio do instrumento SF-12, identificando-se que as/os professoras (es) apresentaram escores médios insatisfatórios em 62% para os componentes físicos (escore 44,12) e 73% para os componentes mentais (escore 42,04) ao considerar que o escore de referência ideal é de 50% (NOGUEIRA et al., 2020).

Estes dados, apresentam uma certa preocupação em relação à saúde das/dos docentes nos demais municípios do litoral paranaense, uma vez que Paranaguá já possui um amparo para esses profissionais, pelo denominado programa de atenção à saúde e trabalho do professor. E, por meio da investigação nos municípios vizinhos não foram encontradas pesquisas relacionadas com esta temática.

Um outro aspecto que também despertou o interesse e a justificativa para a realização dessa pesquisa foi o fato de, durante a atuação profissional, ouvir constantes relatos de alguns docentes sobre as crescentes dificuldades que enfrentam no dia a dia em seu território, como: jornadas de trabalho estafantes, dificuldade de conseguir remuneração compatível com a sua função social, a crescente preocupação com a disciplina e indisciplina fora e dentro da sala de aula, reduzindo seu tempo para o cuidado com a sua própria saúde e QV.

Além disso, os pesquisadores Moreira, Santino e Tomaz (2017) apresentaram em seu artigo as dificuldades relatadas anteriormente, através da pesquisa realizada na cidade de Campina Grande/PB, com 23 professores da educação infantil (pré-escola), ensino fundamental I (1ª a 4ª série) e ensino fundamental II (5ª a 8ª série) utilizando o instrumento *Short Form Survey* (SF-36), na escola municipal de ensino

fundamental, constatou-se um escore mínimo de 56,04% para “estado geral de saúde” e o máximo de 84,38% para o domínio “capacidade funcional”, sendo o domínio “limitações por aspectos físicos” o mais afetado quando comparado com diminuição da QV.

Em relação à pesquisa dos autores Santos, Espinosa e Marcon (2020) com o trabalho docente no estado do Paraná, identificou-se que as/os profissionais que atuavam no ensino público, tiveram a presença de sofrimento mental bem expressiva, sendo encontrados 44% com depressão, 70% com ansiedade e 75% com distúrbios psíquicos menores.

Para Hassuiki et al. (2013), as mudanças nas políticas públicas educacionais têm promovido o aumento da tensão no exercício da prática docente, elevando o nível das responsabilidades das/dos educadores, sem que tenham sido oferecidos meios adequados para o atendimento de sua clientela, as/os estudantes. Essas mudanças nas políticas, no contexto da escola, têm favorecido o desgaste físico e mental no trabalho docente.

Com isso, buscando sustentação para as discussões do presente estudo, considerou-se válido contextualizar o desenvolvimento territorial e espaço; as relações de trabalho e Desenvolvimento Territorial Sustentável (DTS); o adoecimento relacionado ao trabalho docente; a QV e seus instrumentos e a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT).

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

Analisar a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, com enfoque nas dimensões da Qualidade de Vida no Trabalho Docente, para a promoção do desenvolvimento territorial sustentável e saudável.

1.2.2 Objetivos Específicos

- a) Investigar a relação entre Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) Docente e Desenvolvimento Territorial Sustentável e Saudável (DTSS);
- b) Verificar os principais instrumentos de QVT Docente;

- c) Identificar as dimensões de QVT com aspectos positivos e negativos relacionados à ação docente no território;
- d) Analisar as categorias da QVT pautadas no documento oficial da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT).

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 CONCEITUAÇÃO DE DESENVOLVIMENTO TERRITORIAL E ESPAÇO

O desenvolvimento territorial pode ser definido como o que “designa todo processo de mobilização de atores que leve à elaboração de uma estratégia de adaptação aos limites externos, na base de uma identificação coletiva com uma cultura e um território” (PECQUEUR, 2005, p. 12). Para o autor, o sistema territorial de atores pode adotar formas diversas de modo de organização produtiva e sua característica principal é a instalação de um processo inscrito na história longa, de construção pelos atores, e não, apenas, uma forma de otimizar dotações em fatores supostamente pré-existentes.

A trajetória do conceito de espaço e território passa por vários momentos e conseguir encontrar uma definição única para espaço, ou mesmo para território, é tarefa difícil, pois cada categoria possui diversos sentidos, recebe diferentes definições, ela é flexível e permite mudanças. Isso significa que os conceitos têm diferentes significados, historicamente definidos, como ocorreu com o espaço e com o território. Em “Por uma geografia nova de 1978”, o conceito de espaço é central e compreendido como um conjunto de formas representativas de relações sociais do passado e do presente e por uma estrutura representada por relações que estão acontecendo e manifestam-se através de processos e funções (SAQUET; SILVA, 2008, p. 29).

O espaço é formado por um conjunto indissociável, solidário e também contraditório, de sistemas de objetos e de ações, não considerados isoladamente, mas como um quadro único no qual a história se dá. No começo era a natureza selvagem, formada por objetos naturais, que ao longo da história vão sendo substituídos por objetos fabricados, técnicos, mecanizados (hidroelétricas, fábricas, fazendas modernas, portos, estradas de rodagem, estradas de ferro, cidades), fazendo com que a natureza artificial tenda a funcionar como uma máquina. O espaço, para Santos (2006) é um sistema de objetos cada vez mais artificiais, povoado por sistemas de ações igualmente imbuídos de artificialidade, e cada vez mais tendentes a fins estranhos ao lugar e a seus habitantes.

A organização do espaço resulta nas regiões, a partir dos contrastes internos que reconhecem a existência de sub-regiões ligadas por redes, como a Zona da Mata

e o Agreste, divisões/compartimentos do Nordeste brasileiro. As regiões e sub-regiões revelam as características naturais e os diferentes níveis de desenvolvimento, bem como as distintas formas de ocupação, ou seja, os contrastes internos de cada país e região (SAQUET, 2011).

Para Saquet (2011), apresenta que o espaço é construído de maneira processual e dinâmica, constantemente reformulado e envolvendo, necessariamente, os órgãos do poder e as classes sociais dominantes e dominadas. Isto significa, para o autor, que a produção do espaço constitui uma contínua luta entre os grupos sociais, também envolvendo as forças produtivas. O espaço é, ao mesmo tempo, heterogêneo, em virtude das ações do Estado e dos agentes do capital que organizam o território de acordo com seus interesses.

Saquet e Silva (2008), apresentam estudos de Milton Santos em relação ao espaço, que precisa ser considerado como totalidade: conjunto de relações realizadas através de funções e formas apresentadas historicamente por processos tanto do passado como do presente. O espaço é resultado e condição dos processos sociais, elaboração amplamente difusa na geografia dos anos 1970-1980 em países como a França, EUA e Brasil, pois era compreendido como uma categoria fundamental quando predominava a utilização de princípios do materialismo histórico e dialético.

Desse modo, Saquet e Silva (2008), retratam que o espaço, além de instância social que tende a reproduzir-se, também usufruem da estrutura que corresponde à organização feita pelos seres humano, além de apresentarem uma instância subordinada à lei da totalidade, que dispõe de certa autonomia, manifestando-se por meio de leis próprias. Assim, o espaço organizado é também uma forma resultante da interação de diferentes variáveis. O espaço social corresponde ao espaço humano, lugar de vida e trabalho. O espaço geográfico passou a ser organizado através das vivências da sociedade e, cada sociedade, historicamente, produziu seu espaço como lugar de sua própria reprodução.

Em relação ao território, no começo da história do ser humano, a configuração territorial era simplesmente o conjunto dos complexos naturais. À medida que a história foi se fazendo, a configuração territorial foi se concretizando por meio das obras dos atores sociais: estradas, plantações, casas, escolas, depósitos, portos, fábricas, cidades entre outros. Cria-se uma configuração territorial que é cada vez mais o resultado de uma produção histórica e tende a uma negação da natureza natural, substituindo-a por uma natureza inteiramente humanizada (SANTOS, 2006).

Para Dallabrida et al. (2021), na Geografia, o conceito de território relaciona-se com uma realidade complexa e integrada, com diferentes dimensões como: social, ambiental, econômica, política, cultural entre outras. Assim, o espaço rural ou urbano se inter-relacionam com as partes entre si e com o todo.

No início dos anos 1990, Saquet (2011), apresenta os estudos de Andrade (1991; 1994) a respeito do território, onde este assume a centralidade e é compreendido a partir das ideias de domínio, de poder e de gestão de certa área, seja por parte do Estado, seja por parte de grandes empresas. O destaque é para a formação e atuação do Estado brasileiro, numa concepção eminentemente política e econômica. O território é entendido como produto da ação e gestão do Estado, lançando mão do conceito de área para tentar revelar a importância desta atuação na formação do Brasil enquanto Estado Nacional.

Para Saquet e Silva (2008), é importante notar que, se entendermos o território apenas como uma área delimitada e constituída pelas relações de poder do Estado, consoante se entende na geografia, estaríamos desconsiderando diferentes formas de focar o seu uso, as quais não engessam a sua compreensão, mas a torna mais complexa por envolver uma análise que leva em consideração muitos atores e muitas relações sociais. O território pode ser considerado como delimitado, construído e desconstruído por relações de poder que envolvem uma gama muito grande de atores que territorializam suas ações com o passar do tempo.

Assim, segundo Santos (2006), estas ações estão relacionadas aos fins próprios do ser humano e do lugar, com necessidade de operar uma distinção entre a escala de realização das ações e a escala do seu comando. Essa distinção se torna fundamental no mundo: muitas das ações que se exercem num lugar são o produto de necessidades alheias, de funções cuja geração é distante e das quais apenas a resposta é localizada naquele ponto preciso da superfície da terra. Impõe-se distinguir entre atores que decidem (os governos, as empresas multinacionais, as organizações internacionais, as grandes agências de notícias, os chefes religiosos) e os outros que são os veículos da ação.

A partir do panorama apresentado, e compreendendo o conceito de território e espaço, foi possível elencar o espaço e o território, que acabam se relacionando com os aspectos históricos da sociedade. O espaço corresponde ao espaço social e humano, lugar de vida e força de trabalho, organizado através das vivências da sociedade e o território é algo concreto, como é o caso das construções das escolas,

e ruas, onde os atores que dão vida moram, fazem ações, trabalham para que ocorra a transformação e o desenvolvimento sustentável e saudável desse território.

2.2 RELAÇÕES DE TRABALHO PARA O DESENVOLVIMENTO TERRITORIAL SUSTENTÁVEL E SAUDÁVEL

Para Netto e Braz (2006) o ser humano sempre necessitou viver em contato com a natureza e a sociedade como meio de sobrevivência. O termo trabalho sempre esteve presente em sua vida e é uma atividade coletiva, ele nunca ficará isolado e sim inserido em um conjunto de outros sujeitos. O trabalho não transforma apenas a matéria natural, pela ação dos seus sujeitos e sim na relação sociedade/natureza: implica uma interação no marco da própria sociedade, afetando seus sujeitos e a sua organização, ele transforma também o seu sujeito, através do trabalho que, do grupo de primatas, surgiram os primeiros grupos humanos – numa espécie de salto que fez emergir um novo tipo de ser, distinto do ser natural - o ser social. Daí surgem também as relações de trabalho e desenvolvimento territorial sustentável e saudável.

A palavra trabalho designava-se em uma espécie de aparelho de tortura denominado *tripalium*, instrumento feito de três paus agudos e local onde os condenados e os animais eram amarrados. Dessa forma, entende-se que a expressão “trabalhar” tem um significado de ser torturado e somente os escravos e os pobres, que não podiam pagar seus impostos, eram “torturados”. Esse conceito de trabalho passou por toda idade média e teve sentido apenas no século XIV. Segundo Diniz (2013):

Foi apenas no século XIV que a palavra trabalho começou a ter sentido genérico que lhe fora atribuído, o de aplicação das capacidades e habilidades humanas para alcançar determinado fim. Com a especialização das atividades humanas, impostas pela evolução cultural e pela revolução industrial, a palavra trabalho tem uma série de diferentes significados (DINIZ, 2013, p. 256).

Segundo Diniz (2013), o ser humano sempre foi considerado como ser criativo e auto-produtivo, ou seja, ele é o que fez e faz, além de sofrer interferências ao longo da sua trajetória devido a mudança do processo de trabalho no capitalismo, surgindo

grandes propriedades privadas, meios de produção e evolução das tecnologias para alavancar a indústria através do desenvolvimento econômico.

Segundo Netto e Braz (2006), na base da atividade econômica está o trabalho, ele que torna possível a produção de qualquer bem, criando os valores que constituem a riqueza social. As condições materiais de existência e reprodução social, obtêm-se numa interação com a natureza: a sociedade, através dos seus membros – ser humano – transforma matérias naturais em produtos que atendem às suas necessidades. Essa transformação é realizada através da atividade a que denominamos trabalho.

Tonet (2013), lembra o que Marx trouxe no seu livro “O Capital” sobre o trabalho. Apresenta que o trabalho é um processo de que participam o ser humano e a natureza, processo em que ele com sua ação, põe em movimento as forças naturais de seu corpo para apropriar-se dos recursos da natureza, transformando-o em forma útil à vida humana, ou seja, ele o transforma conforme o projeto que tinha conscientemente em mente e da sua vontade.

À diferença das atividades naturais, o trabalho se especifica por uma relação mediada entre o seu sujeito – ser humano – e o seu objeto – formas da natureza orgânica e inorgânica. Entre o sujeito e a matéria natural há sempre um meio de trabalho, um conjunto de instrumentos, ou seja, produtos elaborados do próprio sujeito que trabalha para alcançar o fim a que se destina (caça, autodefesa entre outros), que torna mediada a relação entre ambos (NETTO; BRAZ, 2006).

O trabalho tem em sua natureza essencial, a possibilidade de produzir mais do que o necessário para a reprodução daquele que o realizou. Por isso, ele é o fundamento de uma complexificação cada vez maior do ser humano. Essa complexificação, que tem na divisão do trabalho um dos seus momentos mais importantes, ao longo do processo, implica que surjam necessidades e problemas, cuja origem está no trabalho, mas que não poderiam ser atendidas diretamente na esfera dele. Dessa forma, nascem outras esferas de atividades, como: linguagem, ciências, artes, direito, política, educação entre outras, podendo se encontrar no próprio trabalho, para fazer frente a estas necessidades e problemas. Por sua vez, a estrutura destas atividades é a mesma da estrutura do trabalho e todas elas têm uma dependência histórica em relação ao trabalho, mas a função a que exercem exige que elas tenham relação de distância – com base de autonomia relativa – sem a qual não poderia cumpri-la, sendo essa a sua especificidade (TONET, 2013).

Com a produção excessiva e criação de novas atividades, o ser humano passa a ficar alienado ao trabalho, ou seja, ele transfere suas produções aos externos da sociedade, colaborando com o desenvolvimento econômico local, ao mesmo tempo que se afasta da natureza. Segundo Netto e Braz (2006), basicamente, a alienação é própria da sociedade onde tem vigência a divisão social do trabalho e a propriedade privada dos meios de produção fundamentais, sociedades nas quais o produto da atividade do trabalhador não lhe pertence, nas quais o trabalhador é explorado do homem pelo homem.

Dessa forma, de acordo com Tonet (2013), com o surgimento de outros campos de atividades e a alienação a partir do trabalho, implica a existência da lógica de esquecer o sentido do ser humano, que um dia teve atos individuais, já foram próximos à natureza e eram livres e com o passar dos anos, e que passou a fornecer a sua força de trabalho aos indivíduos externos, que tinha infraestrutura econômica, para garantir o caráter materialista para o desenvolvimento econômico local.

Segundo Sachs (2000), o desenvolvimento econômico foi criado após a segunda guerra mundial e está atrelado ao modo de produção industrial. Esse seria um modelo considerado como “salvador”, como sonho, seria uma “colonização”, disfarçada, dos Estados Unidos nos países vulneráveis. Além disso, segundo Satrústegui (2013) um bom número de países teria que lutar por sua independência e enfrentar o desafio do desenvolvimento no âmbito de um novo modelo de relações norte-sul.

Para Sachs (2000), a preocupação com o desenvolvimento econômico movia os países e as sociedades que, até então, haviam mostrado um escasso dinamismo ou uma menor modernização. Desse modo, nasciam duas categorias distintas de países: desenvolvidos e subdesenvolvidos. Na verdade, com a ajuda da economia do desenvolvimento e da metodologia adotada pela mesma, surgiu um novo conceito até então desconhecido no jargão do debate econômico: o subdesenvolvimento.

De acordo com este autor, o subdesenvolvimento surge devido a existência do desenvolvimento e a partir do discurso de um presidente estadunidense, na fase pós-guerra, época de crise, onde os Estados Unidos assumem a reconstrução da crise pós-guerra, ampliando seus domínios, com uma colonização disfarçada em um modelo de desenvolvimento.

A revolução industrial causou muitas mudanças socioculturais, políticas e econômicas. Os operários organizados conseguiram superar obstáculos e obter

inúmeras conquistas, porém as leis sociais específicas sobre a saúde da trabalhadora e do trabalhador surgiram apenas no final do século XIX. No século seguinte, operários passaram a ser denominados de trabalhadores e surgiram novas atividades laborais (DINIZ, 2013).

Segundo Furtado (2008) foi a subordinação das atividades diretamente produtivas aos critérios mercantis que conduziu à gestação da revolução industrial, essa que pôs em marcha o rápido processo de desenvolvimento das forças produtivas, característico do capitalismo contemporâneo. Essa subordinação das atividades produtivas significou a transformação dos recursos produtivos primários, a força de trabalho da mulher e do homem, capacidade intelectual da mulher e do homem e a terra, em mercadoria/valor de troca.

Para Furtado (2008), as corporações de ofício, consolidadas como instrumento de controle social na alta idade média, privilegiavam poucos, mas também asseguravam estabilidade a um importante segmento da sociedade. A expansão do trabalho manufatureiro torna-se possível quando surgem mercados extramuros, ou seja, quando o produto artesanal passa a ser objeto de transações mercantis a distância. Então, surge a dependência vis-à-vis dos comerciantes que assegurava acesso aos mercados, à medida que a demanda se amplia e diversifica, ao fornecimento de matéria-prima.

Com isso, o ser humano que utiliza instrumento fabricado por outro integra com este uma equipe de trabalho que ganha espessura no tempo e no espaço, tornando uma complexa estrutura econômica com base no uso crescente de instrumentos, chamada de industrialização. Em relação ao processo de trabalho contemporâneo, a história social e política da Europa, no período do século XVI, o Estado tenderia a transformar-se em arena na qual penetravam as novas forças sociais que o excedente em expansão estava reforçado (FURTADO, 2008).

Segundo Furtado (2008), as transformações subsequentes do sistema de dominação social, conhecida como 'revolução burguesa', constituem a fase decisiva da formação das sociedades capitalistas de nossa época, assumindo a evolução social europeia. A classe em ascensão tem em vista aqueles que veem na revolução burguesa a simples conquista da posição hegemônica pela classe mercantil e com o avanço do capitalismo, assumiu a forma de entrosamento entre os grupos dominantes tradicionais, de modo que as companhias de comércio permitiram aos próprios reis e

aos muitos elementos dos grupos tradicionais de poder cooperar diretamente com os comerciantes em suas lucrativas operações ultramarinas.

Nesse sentido, Gomes (2011) afirma que com o processo de reestruturação produtiva no Brasil, apareceram novos padrões de competitividade internacional e mudanças econômicas que ocorreram no país como: o desemprego, a crise do padrão industrial baseado no desenvolvimentismo e a política de abertura econômica, inspirada no neoliberalismo. Com a crise do mercado interno e a necessidade de incremento da balança comercial, para o pagamento da dívida externa, houve uma pressão sobre as empresas em buscar novos padrões de qualidade, inovação tecnológica e gestão da mão-de-obra, através de alguns métodos para alavancar o capital como o Fordismo, o Taylorismo, Keynesianismo e o Toyotismo.

Segundo Figueira Júnior e Ferreira (2006), a mudança passou aos processos da manufatura manual para o mecanizado, com produção em escala e trabalho em linhas de produção, conhecido por Fordismo. Este foi iniciado nas fábricas automotivas da Ford, com características de produção em série, grandes estoques, implementação de linha de montagem, trabalho repetitivo, separação do intelectual e manual, entre outras. O Taylorismo tinha uma forte intervenção do Estado entre as relações capital e trabalho para evitar crises econômicas no capitalismo. O Keynesianismo estabelecia o Estado do bem-estar social (*welfare state*) de grande desenvolvimento industrial e crescimento econômico, sendo gerador de empregos, tendo o apoio e a intervenção do Estado.

Para os autores, a evolução do Fordismo pelo Toyotismo ocorreu pela necessidade de reconstrução japonesa no pós-guerra, com propostas de produção da indústria moderna, difundindo no mundo na década de 1960 e ocorrendo no Brasil na década de 1980, promovendo o início do desemprego. O controle sobre os trabalhadores tem forte referencial no modelo Toyotista e Neoliberal, referente a uma indústria automotiva japonesa de organização produtiva, que objetivava em superar economicamente o Fordismo e Taylorismo, por meio de mudanças nas relações de trabalho para que possa ocorrer a redução de custos, o aumento da produtividade e lucros (FIGUEIRA JÚNIOR; FERREIRA, 2006).

Segundo Borges (1999), o gerenciamento da produção ficou mais condizente com a necessidade do aumento da produtividade e rebaixamento de custos e também aprofundamento dos princípios básicos do Taylorismo/Fordismo. O autor também apresenta a reestruturação produtiva que ocorreu devido ao esgotamento do padrão

Fordista/Taylorista, necessitando de inovações tecnológicas e de gerenciamento da produção, do trabalho e de padrões de consumo de produtos. Com isso, inicia-se os combates concorrenciais, mais agressivos, entre os capitalistas, barateando os produtos, aumento de máquinas que substituem força de trabalho na aplicação dos métodos de produção, contratos de trabalhadores mais qualificados, surgimentos de empresas multinacionais e a diminuição do salário abaixo do valor da força de trabalho e desempregos.

Assim, com o passar do tempo, o neoliberalismo vem ficando cada vez mais forte e, com ele, as perdas de direitos que há anos a classe trabalhadora lutou e luta para conquistar e manter. A flexibilização do processo de trabalho abre espaço para um grande retrocesso histórico, na precarização de contratação e manutenção do ser humano no mercado, através de contratos temporários, terceirizados, subcontratação, exploração da mão de obra, trabalhos semi-escravos, adiamento na aposentadoria, jornada de trabalho excessiva em troca de banco de horas, exigências de qualificação da mão de obra intelectual e manual, salários baixos, entre outros esquemas que todos os trabalhadores, assim como as/os docentes, precisam aceitar para se manter e sobreviver no mundo do capitalismo. Além disso, também se destaca a precarização das condições de trabalho e a sua relação com o desafio do desenvolvimento territorial sustentável e saudável.

2.3 TRABALHO DOCENTE

A/O docente é um (a) trabalhador (a) essencial para a sociedade, pois o trabalho desses profissionais tem o papel importante no processo ensino-aprendizagem, além de serem responsáveis pela criação de vínculos sociais, estimulação da autonomia e a responsabilidade por meio de atividades teórico-prática, intelectual e administrativa, além de modificar a realidade da sociedade e do meio ambiente (GOMES et al., 2017).

O trabalho docente, foi estruturado como profissão na medida em que se definia a quem competia a função de ensinar. Dessa maneira, a profissão de docente se torna fundamental para o desenvolvimento sustentável e saudável. Segundo Nóvoa et al. (1999), a função docente desenvolveu-se de forma não especializada, no seio de algumas congregações religiosas, que se transformaram em congregações docentes,

desta forma, os jesuítas e os oratorianos configuraram um corpo de saberes e de técnicas e um conjunto de normas e valores da profissão.

Estes autores apresentam que, no início do século XVIII havia pessoas que encaravam o ensino como uma ocupação principal, ou seja, exerciam no período integral. Ao longo dos anos, no meio da profissão docente, ocorreu a intervenção dos sistemas estatais de ensino, de modo a provocar uma homogeneização e uma hierarquização à escala nacional, foi nesse enquadramento estatal que se instituiu as/os professoras/es como corpo profissional (NÓVOA et al., 1999).

Segundo Rodrigues (2008), nessa época, o trabalho docente era visto, por muitos, como uma extensão do lar e era considerado como uma atuação feminina, pois, a mulher era formada e ensinada para os trabalhos domésticos, para educar as/os filhas/os e cuidar da família, sendo essa, uma visão que era vinculada à profissionalização feminina como docente.

De acordo com Dias, Santos e Aranha (2015), a figura masculina surge na profissão para colaborar devido ao aumento da demanda de trabalho, que foi se constituindo ao longo dos anos pelas transformações nas reformas educacionais como: a descentralização pedagógica, administrativa e financeira, a fim de necessitar de mais apoio dos colegas no ambiente de trabalho.

Os autores argumentam que, no decorrer da história, as/os docentes deixaram de exercer livremente a sua profissão, que era remunerada pelas famílias de posse, para se transformarem em profissionais assalariados e direcionado pelo Estado. Ainda trazem que, o Estado retira, gradualmente, o controle sobre o seu próprio trabalho e exige cada vez mais em relação a sua formação, atualização, perfil profissional e novas responsabilidades dentro do seu território, assim como as habilitações e especializações exigidas para o profissionalismo para o enfrentamento dos desafios e às novas exigências sociais (DIAS; SANTOS; ARANHA, 2015).

Em relação ao Brasil, na década de 1950, que na época passava por estagnação econômica e predominava a atividade rural, a educação não se constituía em instrumento de alteração de status social e, por isso, era aceita por todos, as/os professoras/es, apesar de serem mal pagos, eram bem respeitados. A função da escola era alfabetizar e as/os professoras/es conduziam e faziam o uso da metodologia de ensino tradicional (BORGES; CECÍLIO, 2018).

Para os autores, na década de 1960, surge a industrialização como novo processo de trabalho e expansão do capitalismo, além da urbanização e grandes

investimentos externos, com isso, ocorre uma grande mobilidade da população do campo para a cidade, na busca de trabalho. Neste contexto, a escola passa a ter importância para a população urbana que necessita da educação básica para ocupar os postos de trabalho que vão surgindo com a industrialização (BORGES; CECÍLIO, 2018).

A partir desta década, o governo militar passou a visar o desenvolvimento econômico e social como forma de atender a demanda das indústrias e empresas internacionais. Neste período, ocorreu o aumento da demanda na preparação de mão de obra para o ingresso no mercado de trabalho e como requisito estava a conclusão escolar. Devido ao processo de expansão acelerada da educação básica ocorreram certas improvisações nos ambientes de trabalho e na formação desses profissionais. Além disso, as/os docentes tiveram seu primeiro impacto na profissão, devido à pressão sofrida para oferecerem o melhor ensino à qualificação da mão de obra para as demandas do capitalismo (BORGES; CECÍLIO, 2018).

Segundo Antunes (2015), no Brasil algumas modalidades de trabalho, incluindo o trabalho docente, realizadas pelas empresas/escolas privadas e também públicas, são realizadas pelo sistema de terceirização. Tal perspectiva passa a ser regulamentada com base na aprovação da lei 3.467/2017, que dispõe sobre a possibilidade de terceirização nos diferentes níveis de atuação, incluindo as chamadas atividades fins, o que representa a atividade docente.

A terceirização fragmenta as possibilidades de ações coletivas, incentiva a individualização das relações de trabalho e amplia a concorrência decorrente de experiências e qualificações, de modo a dificultar a busca pela defesa dos seus direitos sociais do trabalho (ANTUNES, 2015).

Diante disso, Dejours (2009), relata que as/os docentes, percebem-se invisíveis perante os seus superiores e a sociedade, surgindo o sofrimento em relação ao esforço dedicado para o trabalho e desse sentimento de invisibilidade pode ocorrer reações que contribuem para o desencorajamento, a dúvida sobre a própria competência e a sua saúde mental e física.

Segundo Sachs et al. (2010), a sociedade precisa assegurar igualdade de condições para as/os docentes, especialmente pelo acesso ao trabalho digno por meio de uma gestão pública de visão sistêmica, de longo prazo e de mecanismos de planejamento pelo conjunto de atores. Acrescentam ao dizer que o estresse profissional fruto das exigências capitalistas está se tornando uma doença planetária

e a questão da QVT passa a ocupar um espaço central na análise do desenvolvimento sustentável e saudável.

2.4 O ADOECIMENTO RELACIONADO AO TRABALHO DOCENTE: SÍNDROME DE BURNOUT, DISTÚRBIO DE VOZ RELACIONADO AO TRABALHO, WORKAHOLISM

Segundo Lipp (2007), o trabalho ocupa a maior parte do tempo das pessoas, com jornadas longas, com raras pausas de descanso, refeições breves e com ritmo de trabalho intenso, com altos níveis de concentração e atenção para a realização da tarefa, podendo gerar estresses e esgotamento emocional, como ocorre no trabalho docente, em que o trabalho é realizado, para além dos conteúdos transmitidos no território escolar, nas relações interpessoais com os alunos, os colegas de trabalho, com as ações ocorridas no espaço como: as exigências sociais e a incorporação anual, de novos grupos de alunas/os, além das reuniões com os pais, planejamento de aulas e correções de provas, trabalhos realizados muitas vezes em casa, ao qual deveria ser para descansar do dia exaustivo.

De acordo com Marchesi (2008), o trabalho docente tem como características básicas a autoridade e a responsabilidade, e que ambas constituem um núcleo central nesse estilo de vida, ou seja, a/o docente deve agir com autoridade e responsabilidade em todos os espaços em que se envolve, além disso, deve ser respeitoso com as diferenças sociais, políticas, religiosas que se apresentam na sociedade e que alunas/os vivenciam nos territórios. Essa dinâmica nesse território é considerada uma das razões das manifestações emocionais como: preocupação, afeto, alegria, irritação, tristeza entre outros. Algumas e alguns docentes têm a sorte de conseguir, em sua maior parte, emoções positivas, outros, pelo contrário, podem ter a predominância de experiências negativas, gerando frustrações, desvalorização, sofrimento, levando ao adoecimento, como exemplo: o distúrbio de voz relacionado ao trabalho e a síndrome de Burnout.

A fala é o principal instrumento no trabalho docente e quando utilizada por um longo tempo em sala de aula, alterando a voz para atrair a atenção da turma, acaba gerando estresse e distúrbios vocais, como exemplo a rouquidão na voz, perda da voz e fadiga vocal (MENDES; LEITE, 2012).

No que diz respeito à síndrome de Burnout, que é a exaustão emocional e física, fruto do estresse ocasionado em situações de trabalho, sendo a resposta emocional a situações de estresse crônico em função de relações intensas ou com grandes expectativas em relação ao seu desenvolvimento profissional (FRANÇA; RODRIGUES, 2013). A síndrome de Burnout tem uma característica do meio laboral e apresenta uma resposta ao estresse ocupacional, trazendo consequências negativas nos aspectos: individual, profissional, familiar e social (BENEVIDES-PEREIRA, 2003). Esse é o resultado do esgotamento, decepção e da perda de interesse pelas atividades profissionais e tem um enfoque de estudo nas profissões docentes e na área da saúde, por estarem em contato emocional com outras pessoas (SILVA et al., 2017).

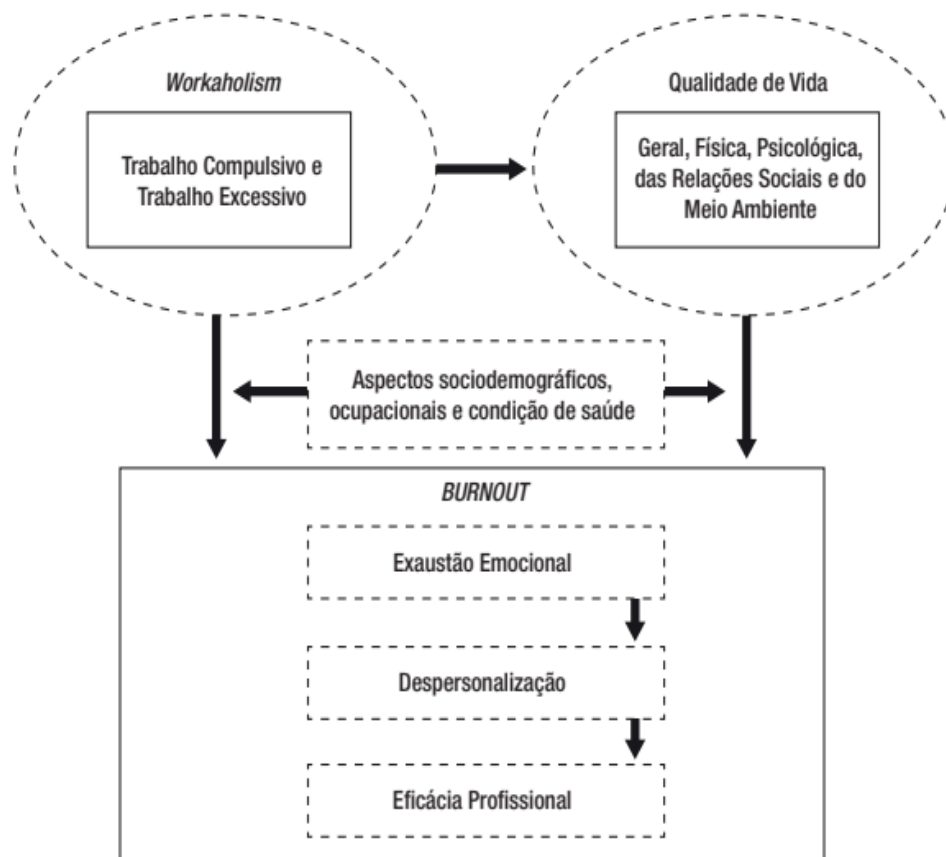
Os autores França e Rodrigues (2013), apresentam que pela conceituação de Maslach, a síndrome de Burnout pode ser caracterizada por três aspectos:

- Exaustão Emocional – a/o profissional sente-se esgotado, com pouca energia para a realização do trabalho, irritáveis, nervosos, insensível, adota rotinas inflexíveis e mantém distanciamento social, com relações de trabalho e vida insatisfatórias e pessimistas;
- Despersonalização – a/o profissional tem um contato social com visão e atitude negativa, desumanizada e perde a capacidade de identificação e empatia com outros atores sociais. Além disso, passa a enxergar o trabalho como um transtorno, que incomoda e perturba;
- Redução da realização pessoal e profissional – quando a pessoa busca para a sua realização uma posição de destaque para ser reconhecida e alcançar boa situação econômica e quando não consegue chegar à posição desejada, desenvolve sentimentos de decepção, frustração, queda da autoestima e depressão.

Segundo Mendes e Leite (2012), os distúrbios psiquiátricos, como o estresse e a depressão, são os mais frequentes no adoecimento do trabalho docente, alcançando níveis de 68,5% das causas de afastamento do trabalho. Estes apresentam maior probabilidade de desenvolver a síndrome de Burnout, pois são submetidos às suas pressões internas, dependem das suas condições físicas, sociais, emocionais e com a relação do ambiente e muitos acabam se viciando no trabalho (*workaholism*).

Em relação ao vício no trabalho (*workaholism*), Galdino et al. (2021) em sua pesquisa apresentam este como a dependência psicológica e patológica do indivíduo ao seu trabalho, que se caracteriza por trabalhar de forma excessiva e compulsiva para atender as demandas de trabalho, deixando de lado o descanso e a vida pessoal, de forma a prejudicar a sua QV e consequentemente levando a síndrome de Burnout, conforme mostra a figura 1.

FIGURA 1 – MODELO HIPOTÉTICO DA ASSOCIAÇÃO DO BURNOUT, WORKAHOLISM E QUALIDADE DE VIDA



FONTE: Galdino et al. (2021)

De acordo com Mendes e Leite (2012), muitas (os) docentes têm a vida corrida, em alguns casos, cumprem jornadas em outros espaços para complementar a renda salarial, obtendo a redução da prática de atividade física no cotidiano, no trabalho e lazer, o que leva ao sedentarismo. Além disso, algumas doenças crônicas surgem devido a presença do sedentarismo, como é o caso do diabetes, hipertensão e doenças musculoesqueléticas, como as lombalgias e os distúrbios osteomusculares

relacionados ao trabalho (DORT) que inicialmente foram denominados como lesões por esforços repetitivos (LER) por apresentarem maior velocidade e à repetição dos movimentos executados durante a jornada de trabalho (NAHAS, 2017).

Em relação a DORT, a repetitividade da tarefa executada é um fator importante, principalmente quando está associada a posturas inadequadas, como é o caso do trabalho docente, que em muitas vezes fica por um período longo em pé, escrevendo no quadro ou sentados em reuniões, cursos, fazendo o planejamento das aulas ou corrigindo provas e trabalhos (MENDES; LEITE, 2012).

Essas ocorrências de saúde no ambiente de trabalho, podem ser identificadas através da utilização de instrumentos aplicados as/aos docentes, proporcionando uma melhor visão de como os aspectos relacionados à QVT se encontram e colaborando com a gestão de ações e projetos para a melhora do ambiente, promovendo o desenvolvimento territorial sustentável e saudável. No tópico seguinte, será apresentado alguns dos instrumentos para a coleta dos dados de QV desses atores.

2.5 QUALIDADE DE VIDA, TRABALHO E INSTRUMENTOS

No mundo do trabalho, quem promove o sucesso de uma escola, empresa ou organização são as pessoas. Sendo assim, quanto mais saudável o indivíduo estiver no ambiente de trabalho e fora dele, maiores e mais consistentes serão as perspectivas de êxito das escolas nos seus mercados de atuação (DINIZ, 2013).

Diante disso, a preocupação com a Qualidade de Vida (QV) no ambiente laboral teve sua origem na Revolução Industrial. Reivindicações de trabalhadores organizados, no curso de uma história que nasceu nas “usinas de satã”, fez com que o trabalho se tornasse mais humanizado, ocorrendo uma transformação de forma lenta, forjada por pequenas conquistas advindas de difíceis entraves, quase sempre acompanhado de um aparato legal. Essas conquistas por direitos e políticas públicas relacionadas ao trabalho, colaboram com o bem-estar e no rendimento nas atividades laborais das pessoas, sendo muito importante para a vida profissional, pois o trabalho ocupa uma grande parcela da vida das pessoas, ocorrendo intervenções na sua vida pessoal, além da influência direta e significativa na Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) para o desenvolvimento territorial sustentável e saudável (PEDROSO; PILATTI, 2009).

Compreende-se que a QV é uma terminologia que possui diversos conceitos como: segundo Ferreira (2019) está relacionada aos fatores que influenciam o dia-a-dia dos indivíduos, referindo-se à satisfação dos vários domínios: físico, psicológico e social. A QV pode estar relacionada também com a percepção do indivíduo em relação a sua posição na vida, contexto cultural e sistema de valores, suas metas, expectativas, padrões e preocupações.

Trata-se, ainda, de uma dimensão que a QV provém da habilidade e da capacidade dos indivíduos de satisfazerem suas necessidades. Além disso, a QV inclui alguns aspectos valorizados da existência humana para o desenvolvimento territorial sustentável, de forma abrangente, como: habitação adequada, renda, liberdade de garantias e aspectos do ambiente em que está inserido que podem ou não ser afetados pela saúde (FLECK et al., 2008), conforme exposto no quadro 1.

QUADRO 1 – INDICADORES DE QUALIDADE DE VIDA

Parâmetros Socioambientais	Parâmetros Individuais
Moradia, transporte e segurança	Hereditariedade
Assistência médica	Percepção dos parâmetros socioambientais
Condições de trabalho e remuneração	Estilo de vida
Educação	Hábitos alimentares
Opções de lazer	Controle de estresse
Meio ambiente	Atividade Física habitual
Cultura	Relacionamentos
Vida comunitária	Comportamento preventivo

FONTE: Nahas (2017, p.16).

Segundo Minayo, Hartz e Buss (2000).

A QV é uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial. Pressupõe a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera seu padrão de conforto e bem-estar. O termo abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes, sendo portanto, uma construção social com a marca da relatividade cultural (MINAYO, HARTZ E BUSS, 2000, p. 8).

Segundo Nahas (2017):

Em décadas recentes, a QV tem emergido como um fator de destaque nas investigações relacionadas à saúde, principalmente ligadas aos cuidados com pacientes de doenças infecciosas graves (exemplo: AIDS, tuberculose)

e crônico-degenerativas (doenças cardiovasculares, diabetes, hipertensão e câncer, por exemplo). É possível definir e avaliar os componentes cognitivo, físico e emocional da QV relacionada à saúde (QVRS) (NAHAS, 2017, p. 20).

Para Nahas (2017), no que diz respeito à saúde, a maioria das pessoas só se lembra em manter ou melhorá-la quando esta se encontra ameaçada, com sintomas de doenças evidentes, relacionando a saúde como a ausência de doença. Mas, atualmente não se tem mais o entendimento de saúde como o estado de ausência de doenças, ela é considerada como uma condição humana com dimensões física, social e psicológica. A manutenção de um bom equilíbrio em todos esses pontos no ambiente de trabalho, exige muito esforço e gera cansaço tanto físico como mental, podendo gerar conflitos pessoais, prejudicando a produtividade e o companheirismo.

No que diz respeito à Qualidade de Vida no Trabalho (QVT), Pedroso (2010), teve as suas primeiras preocupações com a QV no ambiente de trabalho por volta de 1950, mas somente se expandiu no período da Revolução Industrial devido às constantes reivindicações dos operários por melhores condições de trabalho, menores jornadas de trabalho e salários justos. A partir disso, ficou claro que a mão de obra necessária para a produção é movida por um ser humano com sentimentos e realizações pessoais, e que seu estado emocional pode acarretar em sérios agravantes na produção, fazendo com que pensassem no trabalho mais humanizado.

Para Diniz (2013), na década de 1960, a QVT ganhou maior foco de atenção, pois ocorreram iniciativas de cientistas sociais, líderes sindicais, empresários e governantes, na busca de melhores formas de organizar o trabalho, a fim de minimizar os efeitos negativos do emprego na saúde e no bem-estar geral dos trabalhadores.

Na década de 1970, o professor Louis Davis, ampliando seu trabalho sobre o projeto de delineamento de cargos, introduziu publicamente o conceito de QVT. Segundo Diniz (2013), isso aconteceu principalmente nos Estados Unidos, devido à preocupação com a competitividade internacional e o grande sucesso dos estilos e técnicas gerenciais dos programas de produtividade japoneses, centrados nos empregados e empregadores por meio de práticas gerenciais capazes de reduzir os conflitos. A maior motivação dos trabalhadores passou a ter destaque, também influenciados pelos filósofos da escola de Relações Humanas, como Maslow, Herzberg e outros. Dessa forma a QVT evoluiu, obtendo influência de muitos pesquisadores para a saúde da trabalhadora e do trabalhador, convergindo com a promoção do desenvolvimento territorial sustentável.

A saúde da trabalhadora e do trabalhador, segundo Moreira e Rodrigues (2018) envolve vários fatores determinantes para a QVT, como: condições adequadas de alimentação, moradia, educação, transporte, lazer e acesso a bens e serviços essenciais, além de trabalho em um ambiente saudável, que não gere adoecimento ou morte.

De acordo com Nahas (2017), vários indicadores permeiam a QVT e estão relacionados à longevidade, saúde física e mental, a percepção do bem-estar, fatores socioambientais, vida comunitária, condição de trabalho, atividade, auto eficácia, renda e continuidade de papéis sociais. Para Silva e Ferreira (2013) durante muito tempo, os modelos teóricos não variaram muito quanto ao aspecto dos indicadores da QVT e bem-estar no trabalho.

Silva e Ferreira (2013), preconizam que o bem-estar no trabalho se manifesta por meio de aspectos cognitivos e afetivos. Os aspectos cognitivos se referem à satisfação no trabalho em geral, bem como à satisfação com os supervisores, colegas de trabalho e pagamento, enquanto os afetivos dizem respeito às respostas emocionais dirigidas ao contexto do trabalho, que se expressam em sentimentos de ansiedade, entusiasmo, depressão, conforto, entre outros.

Para Ferreira (2012), o bem-estar no trabalho é um sentimento agradável que tem sua origem por meio das vivências e experiências das/dos docentes na execução das tarefas. Essas vivências e os sentimentos agradáveis pelas (os) docentes, quando são duradouros, acaba constituindo um fator de promoção da saúde nas situações de trabalho e indica a presença da QVT. De acordo com Dewes (2021), estudos relacionados com a QVT têm como foco compreender as condições do trabalho associado à essas determinadas vivências e experiências. Além disso, por meio de ações e políticas públicas, tentar melhorar as condições de trabalho e proporcionar o bem-estar e a QVT nos ambientes, podendo assim, elevar os níveis de produtividade, através de mudanças no conteúdo dos cargos, nos processos de trabalho, ambiente físico e social e em tudo que compõe o seu trabalho e lhe dê significado.

Conforme Ferreira (2012), a concepção de bem-estar no trabalho, tem algumas características singulares que servem de demarcadores de seus limites “territoriais” com outras perspectivas conceituais. Nesse sentido, cabe assinalar as seguintes características:

- As vivências e a gestão do bem-estar no trabalho são fortemente influenciadas por fatores individuais (ex. estado de saúde; características pessoais e profissionais), organizacionais (ex. cultura organizacional; modelo de gestão organizacional e do trabalho; condições, organização e relações socioprofissionais de trabalho) e situacionais (ex. variabilidade, diversidade, dinâmica, imprevisibilidade (...) de eventos que interferem na atividade de trabalho).
- O bem-estar no trabalho é um objeto de natureza eminentemente humana, fruto das contradições vivenciadas pelos indivíduos nas situações de trabalho; portanto, não tem sentido, nessa abordagem, falar em “bem-estar organizacional” ou “bem-estar das organizações” e outras variantes.
- O bem-estar no trabalho é um fator de saúde que os trabalhadores vivenciam nos ambientes de trabalho. Ele é uma possibilidade inerente ao processo adaptativo que caracteriza as interações dos indivíduos vis-à-vis as situações de trabalho.
- A manifestação recorrente, o caráter prevalente e a vivência duradoura dos sentimentos isolados ou associados de bem-estar no trabalho delineiam um cenário resultante de Qualidade de Vida no Trabalho sustentável que repercute positivamente sobre os indivíduos, o funcionamento das organizações e a sociedade.
- O diagnóstico aprofundado do bem-estar no trabalho deve combinar tanto a análise macro-organizacional (comumente um delineamento metodológico quantitativo) quanto a micro-organizacional (em geral um delineamento metodológico qualitativo), sendo que, nesse último caso, a avaliação das atividades dos sujeitos em situações de trabalho ocupa lugar epistemológico central.
- O acesso aos dados empíricos do mal-estar no trabalho se dá por meio das diversas formas de manifestação dos indivíduos e/ou do coletivo, sendo que a verbalização e a escrita são dois de seus principais modos de expressão (FERREIRA, 2012, p. 180-181).

De acordo com Sen (2000) uma ação que teria maior aproximação de uma boa QVT para todas/os, seria o Estado custear através de políticas públicas e ações para atender as necessidades mínimas e manter a integridade do indivíduo. O processo conduzido pelo custeio público demonstra que a população pode ter uma longevidade e melhor QV, mesmo que esses não tenham rendas altas, pois recebem alguns benefícios do Serviço Social para, pelo menos, a sua necessidade mínima de sobrevivência. Esse processo é uma receita para a rápida realização de uma QV melhor, e isso tem grande importância para as políticas, mas permanece um excelente argumento para passar-se daí as realizações mais amplas que incluem o crescimento econômico e a elevação das características clássicas da QV.

Nesse sentido, essa ação serviria de subsídios para as/os profissionais docentes que se encontram desempregadas/os ou em trabalho temporário, para que não adoeçam devido às condições econômicas.

Em relação às medidas e padrões gerais, diversos instrumentos têm sido construídos. A saúde pode servir como componente de um indicador composto para

a análise dos pesquisadores em relação à sua percepção da QVT. Entre os primeiros, talvez o mais conhecido e difundido seja o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), elaborado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). O IDH foi criado com a intenção de deslocar o debate sobre desenvolvimento de aspectos puramente econômicos – como nível de renda, produto interno bruto e nível de emprego – para aspectos de natureza social e também cultural. Embutida nesse indicador encontra-se a concepção de que renda, saúde e educação são três elementos fundamentais da QV de uma população e para o desenvolvimento humano sustentável e saudável (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

Para esses autores o IDH é um indicador sintético de QV que, de forma simplificada, soma e divide por três os níveis de renda, saúde e educação de determinada população. A renda é avaliada pelo PIB real per capita; a saúde, pela esperança de vida ao nascer e a educação, pela taxa de alfabetização de adultos e taxas de matrículas nos níveis primário, secundário e terciário combinados. Segundo Sen (2000), em sua proposta que diverge do foco exclusivo no crescimento do PIB, mesmo esse sendo importante, e apresenta a necessidade de um olhar para outros indicadores sociais (saúde e educação) para o desenvolvimento humano sustentável.

Em relação aos indicadores, Minayo, Hartz e Buss (2000), apresentam limitações que devem ser consideradas, seja no uso para comparar QV entre territórios, seja ao longo do tempo em um mesmo território. Entende-se que o IDH é um dos recursos importantes para a discussão de políticas públicas e programas para uma sociedade melhor, mas há outros fatores que influenciam na QV das pessoas, pois mesmo o Brasil tendo um IDH elevado, em relação aos outros países, ainda se encontram desigualdades sociais que refletem nos IDH e/ou QV quando analisados por região territorial. Da mesma forma de quando surgem disparidades quando a origem étnica ou cor da pele são consideradas, mesmo com as tentativas de reduzir as desigualdades por meio de políticas públicas e campo educacional (NAHAS, 2017).

No campo de aplicação, pode-se utilizar os questionários de base populacional, sendo mais apropriadas a estudos epidemiológicos, planejamento e avaliação do sistema de saúde. Segundo Pedroso (2010), um desses instrumentos foi desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) que recentemente criou o Grupo de QV, *The World Health Organization Quality of life Group* (WHOQOL, 1995), e definiu o termo como a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura

e do sistema de valores em que vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.

Para o autor, os dois instrumentos gerais de medida da percepção da QV geral são: o WHOQOL-100 e o WHOQOL-Bref. O primeiro consta de 100 questões que avaliam seis domínios: a) físico, b) psicológico, c) de independência, d) relações sociais, e) meio ambiente e f) espiritualidade/crenças pessoais. O segundo instrumento é uma versão abreviada, com 26 questões, extraídas do anterior, entre as que obtiveram os melhores desempenhos psicométricos, cobrindo quatro domínios: a) físico, b) psicológico, c) relações sociais e d) meio ambiente (PEDROSO, 2010).

Segundo Silveira et al. (2013) o instrumento *Short Form Survey* (SF-12) também é muito utilizado para a aplicação em pesquisas voltadas a QV. Esse instrumento é a versão curta do instrumento SF-36 e de rápida aplicação. O instrumento SF-12 avaliou 8 diferentes dimensões influentes na QV, sendo elas: função física, aspecto físico, dor, saúde geral, vitalidade, função social, aspecto emocional e saúde mental.

O instrumento *General Health Questionnaire* (GHQ-12) é utilizado por alguns pesquisadores para avaliar o nível de estresse dos indivíduos participantes da pesquisa. Esse questionário é composto por 12 perguntas, onde os participantes precisam escolher entre quatro respostas que melhor correspondem aos sentimentos atuais. A interpretação dos resultados é obtida por meio da pontuação atribuída para cada resposta do indivíduo e o escore final é quantificado a partir da somatória das 12 questões de cada indivíduo. A pontuação de 0 a 2 significa a não presença de alterações psicossomáticas relacionadas ao estresse; de 3 a 4 apresenta desconfiança no desempenho, evidenciada pela dificuldade de aprendizagem ou execução de tarefas; a pontuação de 5 a 6 revela estresse psíquico; 7 a 8 estão relacionadas a ansiedade; a pontuação de 9 a 10 desejo eminente de morte e 11 a 12 distúrbios psicossomáticos (SCANDOLARA et al., 2015).

Em relação a QV relacionada à voz, alguns pesquisadores utilizam o protocolo “Qualidade de Vida em Voz” (QVV) ou *Voice-Related Quality of Life* (V-RQOL), composto por dez itens que abrangem os domínios funcionalidade física e o socioemocional. A resposta do instrumento refere-se à uma escala de 1 a 5, em que 1 equivale a “nunca acontece e não é um problema” e 5 “acontece sempre e realmente

é um problema ruim”. O protocolo oferece um escore total que varia de 0 a 100 (pior até a melhor QV) e um escore para cada domínio (CIELO et al., 2015).

Além desses, encontra-se instrumentos que avaliam a percepção da QVT. Os instrumentos de QVT foram criados por Reis Júnior (2008) indicando a qualidade física e a qualidade mental do indivíduo dentro de um território de desafios relacionados com objetos, tecnologias e outras pessoas. Esses instrumentos são: os instrumentos de avaliação da qualidade de vida no trabalho - QWLQ-78 e QWLQ-bref, que avaliam os domínios relacionados ao físico/saúde; psicológico, pessoal e profissional (CHEREMETA et al., 2011).

Percebe-se que o tema QV é tratado sob os mais diferentes olhares, seja da ciência, através de várias áreas, seja do senso comum, seja em abordagens individuais ou coletivas.

No âmbito da saúde, quando visto no sentido ampliado, ele se apoia na compreensão das necessidades humanas fundamentais, materiais e espirituais e tem no conceito de promoção da saúde seu foco mais relevante. Quando vista de forma mais focalizada, QV em saúde coloca sua centralidade na capacidade de viver sem doenças ou de superar as dificuldades dos estados ou condições de morbilidade. Isso porque, em geral, os profissionais atuam no âmbito em que podem influenciar diretamente, isto é, aliviando a dor, o mal-estar e as doenças, intervindo sobre os agravos que podem gerar dependências e desconfortos, seja para evitá-los, seja minorando consequências dos mesmos ou das intervenções realizadas para diagnosticá-los ou tratá-los (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000, p. 16).

Sendo assim, encontra-se vários instrumentos para ser aplicado e analisado com as/os docentes, para serem monitorados em relação aos aspectos de saúde, tornando o seu trabalho humanizado e evitando possíveis desgastes físicos e psicológicos, através de ações e políticas públicas no seu território.

2.6 POLÍTICA PÚBLICA

As palavras política e política pública estão relacionadas com o poder social. No conceito dos estudos de Dias e Matos (2012), a política está relacionada com o poder de modo geral, é entendida como construção do consenso e luta pelo poder e também é habitualmente empregado para indicar atividade que tem como referência o Estado. De acordo com Pereira (2008), a política é uma arena de conflitos de

interesses, e por ser conflituosa permite a formação de contra poderes, com o objetivo de obter ganhos para a comunidade e ampliar a cidadania, considerando que através da luta política a cidadania se amplia e amadurece.

O conceito de público em “política pública” compreende aquele domínio da atividade humana que é considerado necessário para a intervenção governamental ou para a ação comum, como: interesse público, setor público, saúde pública, entre outros. Enquanto que a política pública corresponde à solução específica de como conduzir tais assuntos públicos e para se referir ao conjunto de atividades que dizem respeito à ação do governo (DIAS; MATOS, 2012).

Segundo Fonte (2015), o conceito de política pública compreende o conjunto de atos e fatos jurídicos que possa concretizar os objetivos estatais pela Administração Pública, por meio de normas abstratas de direito como as leis que estabelecem as finalidades públicas; atos administrativos por contratos, decretos que regulamenta o serviço e nomeações de servidores públicos para desempenhar uma determinada função e entre outros. Já para Souza (2006) o processo de formulação de política pública são os programas e ações propostas pelos governos na busca de mudanças na realidade de um território.

A política pública não é um sinônimo de política estatal, pois não tem identificação exclusiva com o Estado, sendo uma ação pública pertencentes a todos visto que é uma ação pública além do Estado, a sociedade também faz parte. Dessa forma, a política pública trata-se de uma estratégia de ação pensada, planejada e avaliada, guiada por uma racionalidade coletiva, na qual, tanto o Estado como a sociedade, desempenham papéis ativos (PEREIRA, 2008).

Para Solha (2014), as Políticas Públicas são diretrizes norteadoras das ações em um determinado território da vida social e envolve vários atores para que sua formulação aconteça, como exemplo o governo, legisladores, representantes de associações civis, entre outros, para que posteriormente possa se tornar lei.

No que diz respeito ao Estado, o qual criou a administração pública como seu instrumento para defender os interesses públicos e tem a obrigação de atender e resolver os problemas e levar adiante o processo de planejamento, elaboração, implementação e avaliação das políticas públicas que sejam necessárias ao cumprimento dessa função que lhe delegou a sociedade. Desta forma, a política pública está relacionada a sanar conflitos e estabilizar a sociedade pela ação da autoridade, pelo processo de construção de uma ordem que permita uma boa

convivência entre pessoas diferentes, condição essa que é, ou deveria ser, assegurada pela ação política do Estado (DIAS; MATOS, 2012).

Com isso, pode-se considerar que as políticas públicas implicam na intervenção do Estado, envolvendo diferentes atores (governamentais e não governamentais) seja por meio de demandas, suportes ou apoios e seja mediante ao controle democrático (PEREIRA, 2008).

Existem diferentes tipos de políticas públicas para a realização das ações para os cidadãos. Tude, Ferro e Santana (2015), apresentam a tipologia clássica de Theodore J. Lowi, também chamada de Tipologia de Lowi ou teoria das arenas de poder, que são: Distributivas, Redistributivas, Regulatórias e Constitutivas.

A tipologia Distributiva, segundo Souza (2006) se refere às decisões tomadas pelo governo, que desconsideram a questão dos recursos limitados, gerando impactos individuais por privilegiar certos grupos sociais ou regiões para a distribuição de benefícios. Os benefícios são distribuídos atendendo as necessidades individualizadas, sem que isso afete outros grupos ou indivíduos, não havendo favoritismo e assim gera uma arena menos conflituosa (DIAS; MATOS, 2012).

Em relação à tipologia Redistributiva, tem como objetivo o desvio e o deslocamento consciente de recursos financeiros para atingir o maior número de pessoas, impondo perdas concretas para certos grupos, ganhos incertos e futuro para outros (SOUZA, 2006). De acordo com Tude, Ferro e Santana (2015), nessa tipologia o benefício distribuído para uma categoria resulta em custos sobre as outras, como exemplo a política de incentivo fiscal que para o governo incentivar uma determinada área econômica por meio de benefícios em determinado setor industrial, deve ocorrer um aumento de arrecadação em outras áreas.

No que diz respeito à tipologia Regulatória, as políticas regulatórias são as mais facilmente reconhecidas por trabalharem com ordens e proibições, decretos e portarias, envolvendo burocracia, políticos e grupos de interesse, como exemplo a regulamentação de serviços de utilidade pública como energia e telecomunicação (DIAS; MATOS, 2012).

A última tipologia é a da política Constitutiva, ela estrutura os processos e conflitos políticos, incorporando em si os demais tipos de políticas e procedimentos necessários para que todos possam entrar em vigor para o desenvolvimento de um território (SOUZA, 2006).

Esse desenvolvimento pode ser considerado como liberdade, ela é apresentada por cinco tipos de uma perspectiva instrumental, que são direitos e oportunidades e ajudam a promover as capacidades das pessoas e ampliam as condições de agente/agir.

Segundo Sen (2000), seu conjunto elas se fortalecem e contribuem para as liberdades que as pessoas necessitam, são eles: liberdade política (direitos civis e direitos políticos); facilidades econômicas (utilizar recursos econômicos com propósitos de consumo, produção ou troca); oportunidades sociais (são as disposições que a sociedade estabelece nas áreas de educação, saúde entre outros, as quais influenciam a liberdade substantiva de o indivíduo viver melhor); garantias de transparência (refere-se às necessidades de sinceridade que as pessoas podem esperar como, a liberdade de lidar uns com os outros sob garantias de dessegredo e clareza) e segurança protetora (é uma rede de segurança social que impede que a população afetada seja reduzida à miséria, fome ou morte, como benefícios aos desempregados entre outros).

Para Sen (2000), cada um desses tipos de direitos e oportunidades ajuda a promover a capacidade geral de uma pessoa viver mais livremente, além de ter o efeito de complementar umas às outras e na implantação de políticas públicas que visam o aumento das capacidades humanas e das liberdades subjuntivas em geral, podendo funcionar por meio da promoção dessas liberdades distintas inter-relacionadas para a promoção do desenvolvimento territorial sustentável e saudável.

2.6.1 Política Nacional de Promoção da Saúde

As mudanças econômicas, políticas, sociais e culturais, que ocorrem no mundo e que se intensificaram no século passado, produziram mudanças significativas para a vida em sociedade. Esse processo de transformação da sociedade também transforma a saúde e os problemas sanitários (BRASIL, 2010).

No Brasil, a saúde pública apareceu no período do ciclo do café, com o início da sociedade capitalista, vários trabalhadores passaram a ser assalariados e necessitavam de cuidados com sua saúde para maior produção e com isso houve o interesse de trazer os médicos de Portugal para o Brasil com a inauguração da Academia Real de Medicina Social, que objetivou a proteção da saúde da população

nos modelos europeus e a defesa da Ciência. Neste período, iniciou-se a Saúde Pública no Brasil e também as suas primeiras campanhas para minimizar e controlar os surtos presentes na época, epidemias como febre amarela e malária. Com o passar dos anos a saúde pública foi se fortalecendo e passou a ser introduzida na Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) com os princípios de universalidade, integralidade e equidade no atendimento à saúde e legitimou-se com a divulgação das leis 8.080/1990 (BRASIL, 1990) e 8.142/1990 (BRASIL, 1990) que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e outras providências (FREIRE; ARAÚJO, 2015).

Além disso, a VIII Conferência Nacional de Saúde representou avanço técnico e pacto político ao propor a criar o Sistema Único de Saúde (SUS) que busca integrar a saúde em todo o território brasileiro, visando à promoção, à prevenção e ao tratamento da saúde e é norteado pelas suas diretrizes, como: a universalidade, a integralidade das ações, a equidade e a participação social, além de ampliar o conceito de saúde, colocando como um direito dos cidadãos e um dever do Estado (BRASIL, 2018).

Após a década de 2000, tornou-se mais importante cuidar da vida de modo que se reduzisse a vulnerabilidade ao adoecer e reduzisse as chances de sofrimento crônico e mortes da população. Além disso, a análise do processo saúde-adoecimento evidenciou que a saúde é o resultado dos modos de organização da produção, do trabalho e da sociedade em determinado contexto histórico, com a centralidade, na maioria das vezes, nos sintomas e não no processo de promoção dos sintomas (BRASIL, 2010).

A Promoção da Saúde vem sendo discutida desde o processo de redemocratização do Brasil, sendo constituída como marco de luta pela universalização do sistema de saúde e pela implementação de políticas públicas em defesa da vida na 8ª Conferência Nacional de Saúde, tornando a saúde como direito social irrevogável (BRASIL, 2018).

A implementação da Promoção da Saúde no SUS ocorreu por meio da Portaria MS/GM nº 1.190, de 14 de Julho de 2005 com o objetivo de consolidar a proposta da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) e implantar Secretarias do Ministério da Saúde. A PNPS no Brasil foi aprovada através da Portaria 687, de 30 de Março de 2006 e tem entre seus focos de atuação o enfrentamento dos fatores de risco por meio

de ações intersetoriais, educação para a saúde, a alimentação saudável (combate à fome e à pobreza extrema, estimular agricultura familiar, disseminar informações sobre alimentação saudável); prática corporal/atividade física; prevenção e controle do tabagismo e a promoção do desenvolvimento sustentável (reorientação das práticas de saúde, que devem considerar o meio ambiente e a sustentabilidade das ações) (SOLHA, 2014).

A promoção da saúde consiste em políticas, planos e programas de saúde pública, com ações desenvolvidas com vistas a evitar que as pessoas se exponham a fatores condicionantes e determinantes de doenças (FREIRE; ARAÚJO, 2015). A promoção da saúde representa uma estratégia para o enfrentamento de vários problemas de saúde que afetam as populações humanas e seus territórios. Partindo da concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, propõe a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados para seu enfrentamento e resolução (BUSS, 2000).

Para os estudos de Nahas (2017), a promoção da saúde é a ciência e a arte de ajudar as pessoas a mudar seus estilos de vida no sentido de estado de saúde ideal, ou seja, na busca de um equilíbrio entre as dimensões física, emocional, social, espiritual e intelectual.

Buss (2000), apresenta um marco histórico pela divulgação da Carta de Ottawa, na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, no Canadá, em 1986. Essa carta representa um dos documentos fundadores da promoção da saúde e está associada a um conjunto de valores, como: QV, saúde, cidadania entre outros, e também a estratégias e ações relacionadas ao Estado com as políticas públicas saudáveis, da comunidade, indivíduos, sistema de saúde e parcerias intersetoriais para o desenvolvimento territorial sustentável.

Segundo Bueno, Moysés e Bueno (2017, p. 52), “a intersetorialidade como princípio, configura-se em todas as práticas no campo da promoção da saúde”. Compreende-se a intersetorialidade como uma articulação com setores da administração pública, organizações privadas e terceiro setor, para propor possibilidades de pensar a questão complexa da saúde, na troca e na construção coletiva de saberes, linguagens e práticas entre os setores envolvidos na determinada questão sanitária, de modo que possa produzir tentativas de soluções para a melhoria da QV e para o desenvolvimento sustentável (BRASIL, 2010).

O SUS se constituiu como protagonista da intersectorialidade e da participação social na promoção do desenvolvimento territorial sustentável e saudável. Também, fortaleceu o movimento internacional da Promoção da Saúde como Política Pública e em todas as Políticas. Além disso, em relação ao SUS, foi com a Constituição Federal de 1988, que se possibilitou a instituição da Lei Orgânica da Saúde, Lei nº 8.080, de 19 Setembro de 1990 (BRASIL, 1990), a qual veio assegurar o acesso universal dos cidadãos às ações e aos serviços de saúde e também incorporou o conceito ampliado de saúde como modo de vida, de organização e de produção em um determinado contexto histórico, social e cultural, superando a concepção da saúde como ausência de doença, com vistas à promoção da QV nos territórios (BRASIL, 2018).

Além da política de saúde para todos, as trabalhadoras e os trabalhadores também conquistaram as Políticas Públicas em Saúde no Trabalho, através de muita luta, como foi o caso da criação do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), que tem como função discutir questões políticas necessárias para a criação de empregos e a geração de renda, auxílios e fiscalização, além de promover políticas salariais, formação continuada e desenvolvimento das/dos trabalhadoras/es (FREIRE; ARAÚJO, 2015).

Assim, percebe-se que a saúde também é um campo político e exige a participação ativa de todos os cidadãos na sua formulação de ações, que visem à sua promoção e implementação de políticas públicas saudáveis e sustentáveis, além disso precisa-se fortalecer essas políticas e disseminar conhecimentos e práticas de saúde de forma compartilhada e participativa. Diante disso, a Promoção da Saúde pode ser considerada uma agenda de políticas públicas em um movimento e/ou estratégia para a concretização da melhoria das condições de vida de trabalhadoras e trabalhadores para o desenvolvimento de territórios sustentáveis e saudáveis.

2.6.2 Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora

Para a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) se instituir no Brasil por meio da portaria federal GM/MS nº 1823, de 23 de Agosto de 2012 (BRASIL, 2012) uma trajetória histórica ocorreu, através de muitas discussões e lutas, apresentadas a seguir, até a chegada da criação dessa lei.

As ações dos seres humanos, tanto dentro quanto fora do ambiente de trabalho, interferem diretamente na sua saúde e QV. Segundo Santos, Galleguillos e

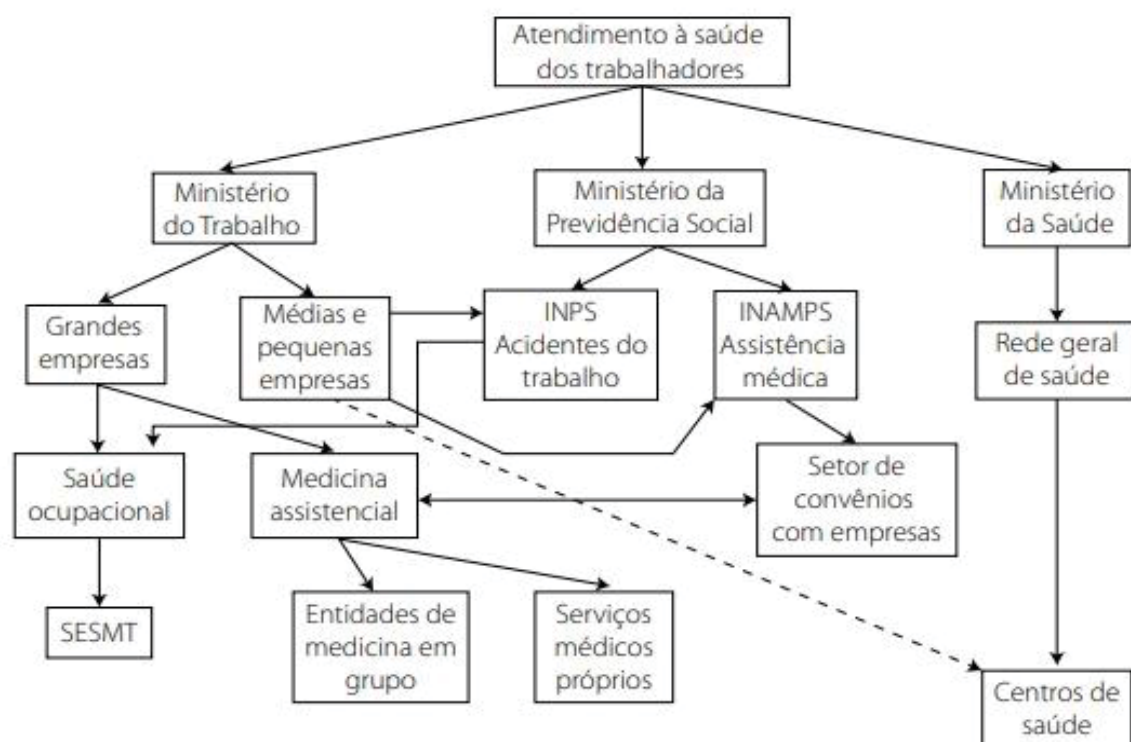
Traiano (2019) na Lei 8080, de 19 de Setembro de 1990 (BRASIL, 1990) apresenta a definição a respeito da promoção, proteção e recuperação da saúde, sendo uma obrigação do Estado e das empresas, mostrando no artigo 2º:

Art. 2º A Saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício (...).
§ 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade (BRASIL, 1990).

Além disso, pode-se encontrar na Lei 8080/1990 (BRASIL, 1990), no art. 6º nas suas diretrizes, a atuação do Sistema Único de Saúde (SUS) à saúde do/a trabalhador/a através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde das/dos trabalhadoras/es e à recuperação, reabilitação da saúde das/dos trabalhadoras/es submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho.

Santos, Galleguillos e Traiano (2019) apresentam um esquema sobre o sistema de atendimento à saúde das/dos trabalhadoras/es brasileiras/os, desenvolvido pelo Ministério do Trabalho e Ministério da Previdência Social, conforme a figura 2:

FIGURA 2 – SISTEMA DE ATENDIMENTO BRASILEIRO À SAÚDE DAS/DOS TRABALHADORAS/ES



FONTE: Santos; Galleguillos; Traiano (2019, p. 17) - adaptada de Nogueira (1984).

Na figura 2, pode-se perceber a presença da saúde do/a trabalhador/a e da saúde ocupacional, ambas presentes tanto no cenário nacional como no mundial, com diferente atuação quando diz respeito ao processo saúde-doença relacionado ao trabalho. Voltando um pouco à história, o trabalho no Brasil, antes da Revolução Industrial, exigia muito do esforço físico do ser humano, lesionando o corpo e causando até morte entre trabalhadores. Após a Revolução Industrial, o trabalho passou a ter uso de técnicas aprimoradas nas indústrias, passando a exigir menos esforço físico, gerando menos desgaste. Além disso, os movimentos sindicais passaram a exigir o direito de boas condições de trabalho para preservar os aspectos físico e mental do trabalhador em sua atividade laboral, através da Organização Internacional do Trabalho (OIT) (SOUSA; MINICHELLO, 2014).

A OIT, desde sua origem, em 1919, tem como um de seus objetivos centrais o estabelecimento de padrões internacionais, elaborados de maneira tripartite pelos Estados, representantes das/dos trabalhadoras/es e representantes dos empregadores, com a finalidade de garantir direitos trabalhistas mínimos. A criação das normas internacionais do trabalho, tais como convenções e recomendações da OIT, figurou como uma resposta jurídica a desafios mundiais já constatados desde a Primeira Revolução Industrial e crescentes no período posterior à Primeira Guerra Mundial, com a necessidade de melhorar as condições do trabalho. Embora, tenham influenciado a melhoria das condições laborais, novos desafios surgiram, como é o caso do aumento do desemprego em razão da automação, substituição da mão-de-obra do ser humano pela máquina, diminuição de salários e flexibilização de direitos trabalhistas em razão de crises econômicas, dentre outros desafios (PASQUALETO, 2021).

Dessa forma, segundo Santos, Galleguillos e Trajano (2019) a saúde ocupacional vem para normatizar as questões relacionadas à saúde do/a trabalhador/a, sendo orientado pela CLT, por intermédio das normas regulamentadoras, centradas na figura do médico e na doença, regulamentado por documentos institucionais. Essa figura surgiu no campo de trabalho, especificamente na Medicina do Trabalho, como forma de isolar riscos, com o olhar centrado no diagnóstico e medicalização de trabalhadores com doenças infectocontagiosas nas fábricas. A medicalização implica em procedimentos que reduzem os acontecimentos da vida ao campo biomédico, ortopédico-educativo e médico-psicológico.

Diante do exposto, foi nesse processo que a Saúde Ocupacional apareceu, com base na Higiene Industrial e pautada na epidemiologia, com foco em procedimentos, diagnósticos e prevenção de risco no trabalho, buscando relacionar o ambiente com o corpo do/a trabalhador/a, de modo a analisar a causa do adoecimento, através de um olhar clínico e de indicadores de exposição e seus efeitos e depois passou a ser Saúde do/a Trabalhador/a, com um olhar interdisciplinar, articulada com diversas esferas do campo de trabalho, dando voz as/aos trabalhadoras/es para articular com os modos de ser no trabalho e com a integralidade (CRUZ; FERLA; LEMOS, 2018).

Com isso, foram criados Programas de Saúde do Trabalhador, influenciados pela OIT e da OMS, com diversos níveis de participação dos trabalhadores na realização de ações de vigilância em algumas empresas e foi no ano de 1983, que a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) publicou o Programa Saúde dos Trabalhadores e organizou um seminário para discutir o conceito de saúde ocupacional e a necessidade na modificação desse conceito para saúde dos/as trabalhadores/as, pois a relação saúde-trabalho necessitava da atenção e o olhar para outros fatores como: econômicos, culturais e individuais (GOMEZ; VASCONCELLOS; MACHADO, 2018).

O primeiro documento, Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) foi constituído pelo Ministério da Saúde, no início de 2001, não sendo levado adiante devido à falta de definição das ações e financiamento (BRASIL, 2012). Em 2002, a criação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) representou o fortalecimento da saúde do/a trabalhador/a no SUS. A RENAST implantou planos de ações na atenção básica, por meio da Estratégia Saúde da Família, nos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) e na rede assistencial de média e alta complexidade do SUS (SANTOS; GALLEGUILLOS; TRAJANO, 2019).

Em 2008, gestores, técnicos e coordenadores estaduais de Saúde do Trabalhador, deliberaram pela retomada da elaboração da política de Saúde do/a Trabalhador/a no âmbito do SUS. No ano de 2009, ocorreram reuniões e oficinas sobre a PNSTT com a participação de outros atores. Ao longo de 2010, a primeira versão da política foi apresentada em algumas instâncias de gestão e controle social, além disso ela foi colocada em consulta pública, recebendo contribuições de conselhos de saúde, estaduais e municipais e passou por discussão nas instâncias e

esferas de gestão do SUS, sendo apreciada pelo Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), Comissão Intergestores Tripartite (CIT) (BRASIL, 2012).

E foi no ano de 2011 que foi criada a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho, que teve por objetivos a promoção da saúde, a melhoria da QV do/a trabalhador/a e a prevenção de acidentes e agravos do trabalho (BRASIL, 2011). Essa política estabeleceu que as ações de saúde do/a trabalhador/a precisavam ser desenvolvidas em âmbito universal e intersetorial (SANTOS; GALLEGUILLOS; TRAJANO, 2019).

Finalmente, de acordo com Gomez, Vasconcellos e Machado (2018) foi no ano de 2012 que ocorreu a homologação da PNSTT, constituindo um passo importante para orientar e contribuir nas ações e na produção de conhecimento científico da área. Foi um passo fundamental para ações em saúde da trabalhadora e do trabalhador e para a agenda de pesquisa que se relaciona com a qualidade de vida no trabalho à promoção do desenvolvimento territorial sustentável e saudável.

3 METODOLOGIA

3.1 CLASSIFICAÇÃO DO TIPO DE PESQUISA

O presente estudo refere-se a uma pesquisa aplicada, exploratória e descritiva. A abordagem exploratória foi analisada por meio da técnica de análise de conteúdo (BARDIN, 2016) do documento oficial de política pública da trabalhadora e do trabalhador, com caráter descritivo, que objetiva observar, registrar e analisar os fenômenos, através da Revisão Integrativa (GIL, 2008).

Do ponto de vista dos procedimentos técnicos, refere-se a pesquisa bibliográfica, documental, empírica e descritiva. Em relação à pesquisa bibliográfica, ela é importante por oferecer uma sustentação teórica de grande profundidade sobre o tema investigado. Segundo Gil (2002), a pesquisa bibliográfica é desenvolvida por materiais já elaborados, constituídos de livros e artigos científicos. Para a pesquisa foram utilizadas: a biblioteca digital da Universidade Federal do Paraná, a plataforma Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), artigos e livros.

De acordo com Gil (2002):

Este tipo de pesquisa tem como vantagem o fato de permitir ao pesquisador a cobertura de uma gama de fenômenos muito mais amplos dos que aquela que poderia pesquisar diretamente. Uma contrapartida, muitas vezes as fontes secundárias podem apresentar dados coletados de forma equivocada, podendo ser evitado através de análise em profundidade de cada informação para descobrir as possíveis incoerências e utilizar fontes diversas (GIL, 2002, p. 44).

Além disso, também foi realizada uma pesquisa documental por meio da técnica de análise de conteúdo (BARDIN, 2016), relacionada à Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT). A análise documental é utilizada para comprovar a realização de transações que devem ser evidenciadas por documentos, como por exemplo: as políticas públicas, sendo esse último utilizado na presente pesquisa (BRASIL, 2018).

Para Gil (1999):

A pesquisa documental vale-se de materiais que não receberam ainda um tratamento analítico [...]. Existem de um lado, os documentos de primeira mão, que não receberam tratamento analítico, tais como: documentos oficiais, reportagens de jornal, cartas [...]. De outro lado, existem documentos de segunda mão, que de alguma forma já foram analisados, tais como:

relatórios de pesquisa, relatórios de empresas, tabelas estatísticas etc (GIL, 1999, p. 66).

A pesquisa documental, segundo Severino (2007) está relacionada a documentos impressos, jornais, fotos, filmes, gravações, artigos e documentos legais.

Foi realizada a técnica de análise de conteúdo do documento oficial da Política Nacional de Saúde dos Trabalhadores e das Trabalhadoras (BRASIL, 2012), que segundo Bardin (2016) é uma técnica de análise das comunicações, que analisa o que já foi exposto e busca classificá-los em temas ou categorias para auxiliar na compreensão do que foi apresentado.

A pesquisa documental foi organizada em três fases, conforme Bardin (2016):

- Pré-análise - é a primeira etapa, realizada através de uma breve leitura do documento, seguida de formulação de hipóteses, referência dos índices e elaboração dos indicadores ou categorias temáticas.
- Na fase da exploração do material - foram formulados 5 grupos relacionadas a QV, resultando em 13 categorias a serem analisadas, apresentadas no quadro 2. O processo de codificação serve para dar sentido e clarear a mensagem que o documento quer apresentar, através do número de frequência em que as palavras ou termos aparecem.
- Na última fase - os resultados foram tratados de maneira significativa, podendo ser apresentados através de gráficos, tabelas entre outros.

QUADRO 2 – GRUPOS E CATEGORIAS DO DOCUMENTO DA PNSTT

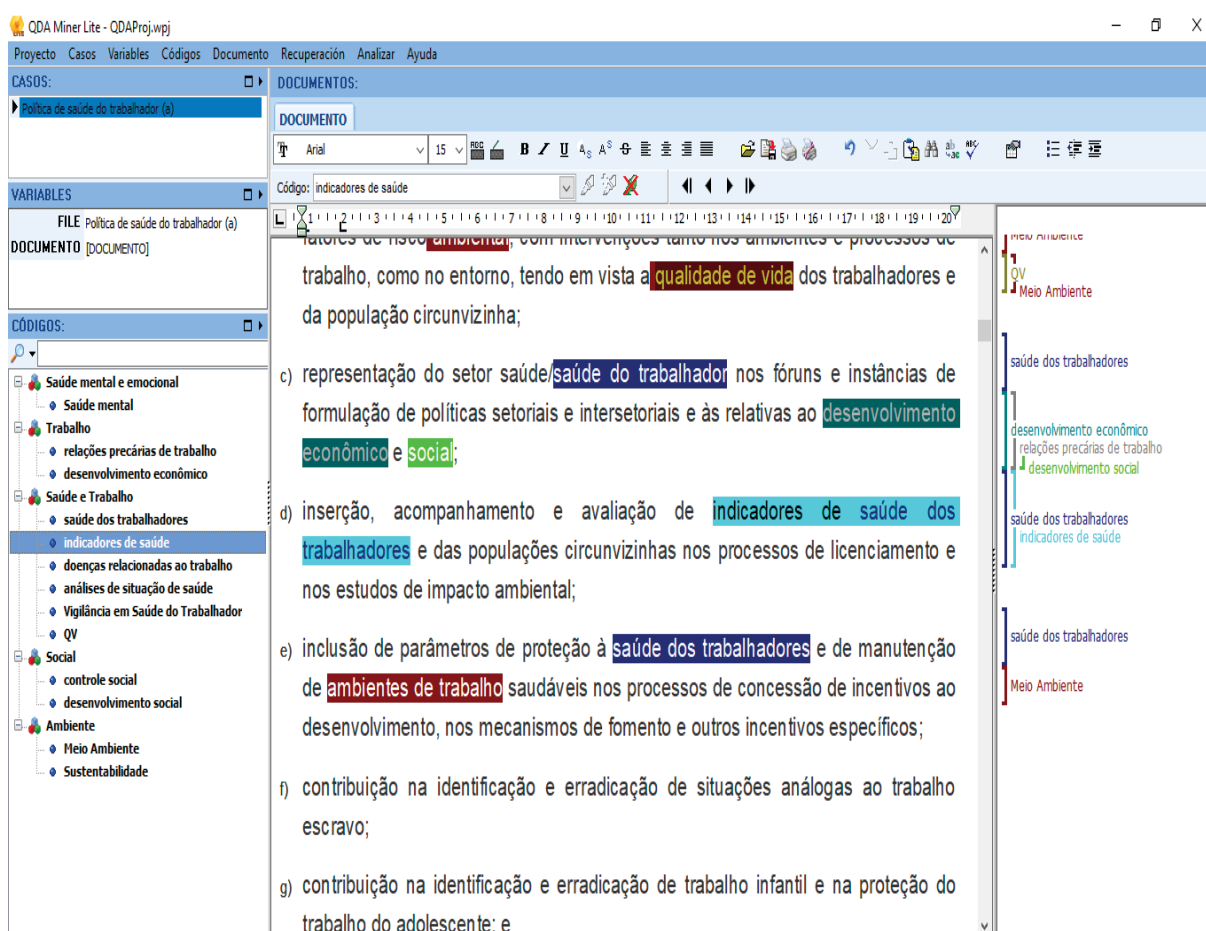
GRUPOS	CATEGORIAS
Ambiente	Meio Ambiente
	Sustentabilidade
Saúde e Trabalho	QVT
	Vigilância em Saúde do Trabalhador
	Análises de situação de saúde
	Doenças relacionadas ao trabalho
	Indicadores de saúde
	Saúde dos trabalhadores
Saúde mental	Saúde mental
Social	Controle social
	Desenvolvimento social
Trabalho	Desenvolvimento econômico
	Relações precárias de trabalho

FONTE: A autora (2023)

A análise dos dados foi realizada através do software QDA Miner Lite. Este software é uma ferramenta digital de análise qualitativa, versão gratuita com licença permanente, mas com recursos limitados, não comprometendo a análise realizada, auxilia na identificação de excertos significativos, ao problema de pesquisa elencado e na categorização do corpus. Para a sua utilização, o/a pesquisador/a importa o material textual (no caso a PNSTT) para o software e este disponibiliza elementos para edição e agrupamento das análises, podendo ser criado códigos e subcódigos para a análise. Após este procedimento, os excertos que formaram as categorias e subcategorias são exportados e melhor visualizados através das planilhas e gráficos que ficam disponíveis no QDA Miner Lite (LORENZETTI; DOMICIANO; GERALDO, 2020, p. 978).

A figura 3 apresenta a interface do programa e o processo de codificação da PNSTT.

FIGURA 3 – INTERFACE DO SOFTWARE QDA MINER LITE E O PROCESSO DE CODIFICAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA



FONTE: QDA MINER LITE v2.0.9.

A figura 3 apresenta os campos do software, para auxiliar na organização e na análise do material utilizado, disponível nos idiomas inglês, espanhol, francês e polonês, sendo o espanhol utilizado para esta pesquisa.

Segundo Lorenzetti, Domiciano e Geraldo (2020, p. 981) o software apresenta a seguinte forma:

- ❖ Na barra de ferramentas a aba Projeto - onde são construídos e salvos os projetos abertos;
- ❖ Na aba casos - é utilizada de acordo com a necessidade de análise de um ou mais documentos, podendo ser editado vários casos dentro de um mesmo projeto;
- ❖ Na aba variáveis - indica o tipo de arquivo e demais ferramentas não disponíveis na versão gratuita;
- ❖ Na aba códigos são adicionadas aos grupos e categorias; em documento tem a função de destacar o texto com cores em cada categoria;
- ❖ Na aba recuperação pode buscar palavras-chave no material e visualizar as palavras codificadas; a aba analisar é possível extrair a frequência de cada categoria e quantidade de palavras categorizadas, podendo ser visualizadas em tabelas e gráficos.
- ❖ Na parte central, é o espaço para o texto em análise e ao lado, observa-se palavras com fonte colorida - preta, vermelha e amarela, indicando a categorização realizada ao longo do texto.

Em relação a pesquisa empírica é realizada em qualquer ambiente, produz e analisa dados, procedendo sempre pela via do controle empírico e factual (DEMO, 2000). Esse tipo de pesquisa oferece maior concretude às argumentações que possam ser a base do fato. O significado dos dados empíricos depende do referencial teórico, mas estes dados agregam impacto pertinente, sobretudo no sentido de facilitarem a aproximação prática (DEMO, 1994).

A pesquisa descritiva tem como objetivo a descrição das características das pesquisas como seu tipo de espaço físico, instrumentos utilizados, aspectos relacionados à saúde e QV entre outros (GIL, 2002). Nos estudos de Gerhardt e Silveira (2009) a pesquisa descritiva “exige do pesquisador informações necessárias para descrever um determinado fato ou realidade para conseguir chegar no seu objetivo final”. Além disso, pode caber uma perspectiva interpretativa e analítica para compreender os fatos e as realidades do trabalho docente.

Do ponto de vista da forma de abordagem do problema - é de natureza quanti-qualitativa. Segundo Gerhardt e Silveira (2009), “A pesquisa quantitativa tende a enfatizar o raciocínio dedutivo, as regras da lógica e os atributos mensuráveis da experiência humana”. A pesquisa qualitativa, não se preocupa com a representatividade numérica, mas, sim, com o aprofundamento da compreensão de um grupo ou uma classe social, de modo que, o/a pesquisador/a é ao mesmo tempo o sujeito e o objeto de suas pesquisas e preocupa-se com aspectos da realidade, centrando-se na compreensão e explicação da dinâmica das relações sociais.

A metodologia utilizada, foi uma estratégia para responder aos objetivos da pesquisa, conforme figura 4.

FIGURA 4 – OBJETIVOS DA PESQUISA



FONTE: A autora (2023)

3.2 COLETA DOS DADOS

Para a realização deste estudo, foi realizado uma leitura dinâmica da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) e dos documentos secundários, artigos selecionados, para a revisão integrativa, com pauta na saúde e QV das/os trabalhadoras/es de todas as classes, incluindo as/os professoras/es.

A revisão integrativa, ela é uma pesquisa bibliográfica, importante por oferecer uma sustentação teórica em grande profundidade sobre o tema investigado. Segundo Gil (2002), a pesquisa bibliográfica é desenvolvida por materiais já elaborados, constituídos de livros e artigos científicos.

Segundo Botelho; Cunha e Macedo (2011), a revisão integrativa inclui a análise de pesquisas relevantes que dão suporte para a tomada de decisão e a melhoria da prática laboral, possibilita a síntese do estado de conhecimento de um determinado assunto, além de aproximar o pesquisador da problemática que deseja se aprofundar, traçando um panorama sobre sua produção científica para conhecer a evolução do tema ao longo do tempo e, assim, visualizar possíveis oportunidades de pesquisa.

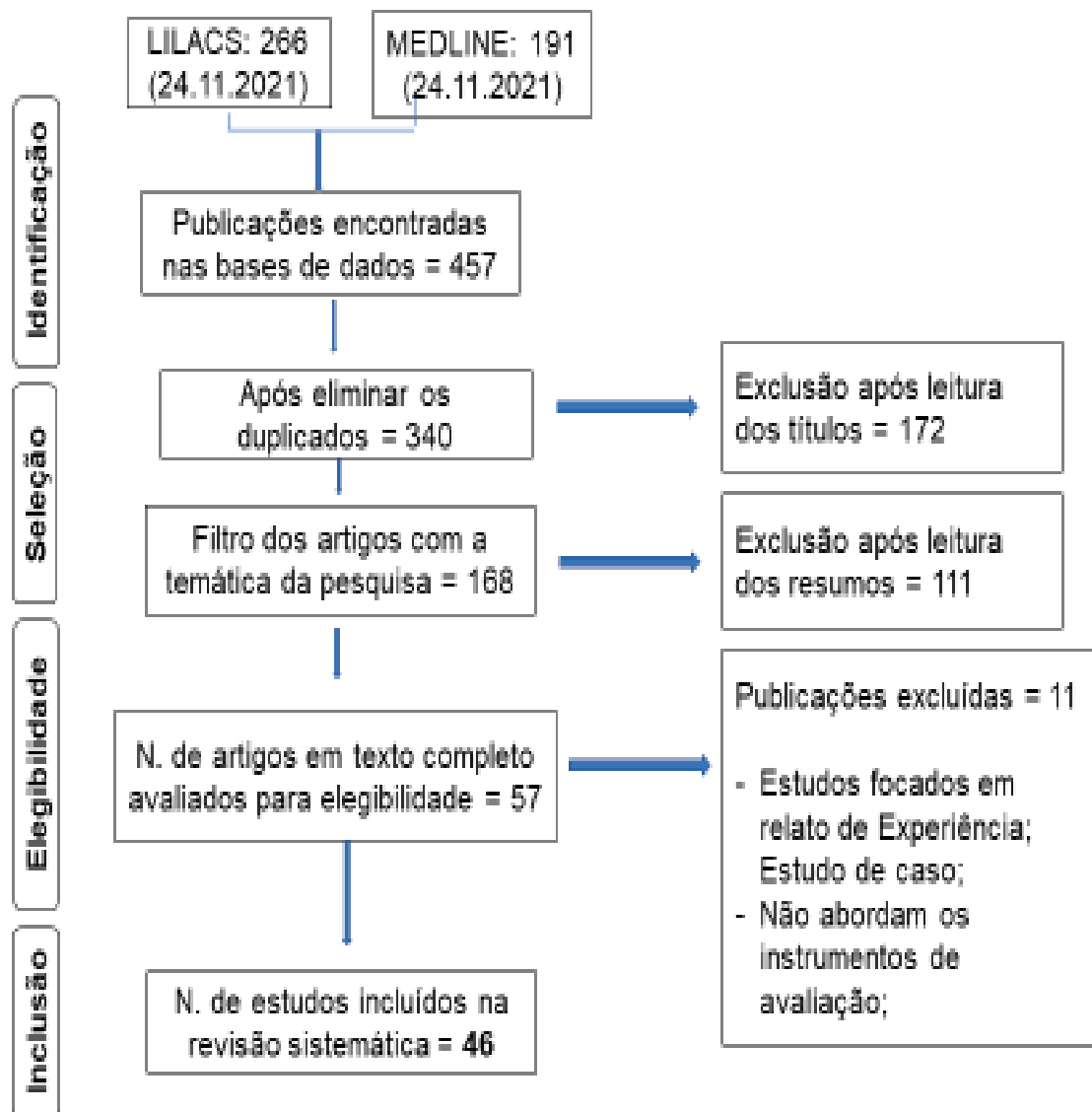
Como estratégia de busca à revisão Integrativa, no mês de Janeiro do ano de 2022 a Maio do ano 2022, foi realizado um levantamento dos resultados das pesquisas relacionadas à temática, na plataforma Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), com recorte temporal entre os anos de 2011 a 2021. A plataforma BVS refere-se a um catálogo de revistas científicas em ciência da saúde com informações de coleções das bibliotecas da rede e também abrangendo as bases de dados LILACS e MEDLINE. Utilizou-se como palavras-chaves: “Qualidade de Vida” AND “docentes” e “Qualidade de Vida” AND “professores”, nos respectivos idiomas: Português, Inglês e Espanhol (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022).

A pesquisa resultou em 340 textos completos. Na sequência, foi realizado um filtro dos artigos relevantes para a análise desta pesquisa. Esse filtro foi feito de acordo com os seguintes critérios: artigos com utilização de instrumentos de QV e QVT docente, exclusão de relato de experiência, estudo de caso, exclusão de artigos com revisão bibliográfica. Com os critérios, obteve-se o resultado de 168 textos completos do tipo artigo. Após, foi realizada uma leitura dos títulos e resumos, para o aprofundamento do filtro das pesquisas que tenha relação com a área de conhecimento QV docente e que serão utilizadas para a discussão dessa pesquisa.

A respectiva seleção resultou em 57 textos completos. Na sequência, foram realizadas leituras dos artigos e foram excluídos 11 textos que não atendiam aos critérios a serem analisados como: os artigos que não apresentavam os instrumentos de QV e QVT; os artigos focados em relato de experiência e estudo de caso. A seleção teve como resultado final de 46 textos completos para a análise.

O processo de seleção foi reunido em um fluxograma a partir do protocolo PRISMA – *Preferred Reporting Items for Systematic and Meta-Analyses* (PRISMA, 2020), conforme apresentado graficamente na figura 5.

FIGURA 5 – FLUXOGRAMA DE SELEÇÃO DOS ESTUDOS PARA REVISÃO INTEGRATIVA



FONTE: A autora (2022)

Para a realização da revisão integrativa e análise da PNSTT foi pensado em objetivos e questões de pesquisa a serem respondidas. As estratégias adotadas para o referencial teórico se basearam nas dimensões socioeconômica, social, sociopolítica e nas categorias do DTS, trabalho docente, QV e políticas públicas

traçadas para fundamentar as respostas dos dados obtidos, conforme descritas no quadro 3.

QUADRO 3 – MÉTODO DE PESQUISA

QUESTÃO DE PESQUISA: O que a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) tem pautado sobre a QVT? Através deste, outras perguntas surgiram como: O que as pesquisas recentes revelam sobre o impacto do trabalho das/dos docentes na QV? Quais os instrumentos sobre QV mais utilizados? Quais os danos nos aspectos de saúde que mais aparecem nos resultados das pesquisas?				
OBJETIVO GERAL: Analisar a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) com enfoque nas dimensões da Qualidade de Vida no Trabalho docente para a promoção de um desenvolvimento territorial sustentável e saudável.				
OBJETIVOS ESPECÍFICOS: - Investigar a relação entre Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) Docente e Desenvolvimento Territorial Sustentável e Saudável (DTSS); - Verificar os principais instrumentos de QVT Docente; - Identificar as dimensões de QVT com aspectos positivos e negativos relacionados à ação docente no território; - Analisar as categorias da QVT pautadas no documento oficial da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT).				
DIMENSÕES	CATEGORIAS		COLETA DE DADOS	REFERÊNCIAS
	Teóricas	Empíricas	Secundários	
Socioeconômica e Social	DTS	Conceituação de desenvolvimento territorial e espaço; Relações de trabalho e DTSS	Bibliográfica e Documental (Gil, 2002)	Saquet e Silva (2008); Santos (2006). Sachs (2000); Netto e Braz (2006).
	Trabalho docente	O adoecimento relacionado ao trabalho docente		Nóvoa <i>et al</i> (1999); Rodrigues (2008); Borges e Cecílio (2018); Antunes (2015);
	Qualidade de vida	QV, Trabalho e instrumentos		Pedroso e Pilatti (2009); Fleck <i>et al.</i> (2008); Nahas (2017)
Sociopolítica	Políticas Públicas	Política de Saúde e Política Pública de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora		Fonte (2015); Souza (2006); Solha (2014).

FONTE: A autora (2023)

3.3 ANÁLISE DOS DADOS

As análises qualitativas da Política Pública, foram realizadas por meio do software QDA Miner Lite, buscando as frequências das categorias: Meio Ambiente; Sustentabilidade; QVT; Vigilância em Saúde do trabalhador; Análise de situação de saúde; Doenças relacionadas ao trabalho; indicadores de saúde; saúde dos trabalhadores; saúde mental; controle social; desenvolvimento social; desenvolvimento econômico e relações precárias de trabalho no documento PNSTT (BRASIL, 2012).

Em relação a revisão integrativa, os dados dos artigos foram organizados por meio de uma planilha do software Microsoft Excel 2013, apresentados em um quadro em ordem numérica crescente, de acordo com o ano de publicação da pesquisa. A análise desses artigos pretendeu extrair às seguintes informações relevantes: autores/ano, objetivos, tipo de estudo, características da amostra, instrumento de avaliação da QVT e resultados, conforme apresentado no Apêndice A da presente dissertação.

4 RESULTADOS

4.1 REVISÃO INTEGRATIVA DOS ARTIGOS DE QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO DOCENTE

A revisão integrativa nos permite obter o conhecimento sobre uma temática específica, de modo a identificar, analisar e sintetizar os resultados de estudos independentes sobre o mesmo assunto. Essa revisão se dá pelo desenvolvimento de políticas, ações, projetos e também para um pensamento crítico em relação aos resultados das pesquisas (BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011).

A amostra desta revisão foi integrada por 46 artigos, os dados dos artigos foram organizados por meio de uma planilha do *software Microsoft Excel* 2013, apresentada em um quadro, em ordem numérica crescente, de acordo com o ano de publicação da pesquisa. A análise desses artigos extraiu a quantidade de pesquisas nas instituições públicas e privadas, os instrumentos mais utilizados e os aspectos relacionados à saúde que mais aparecem nas pesquisas, apresentados no Apêndice A.

Através das informações obtidas nas pesquisas, observa-se que há uma preocupação relevante em relação a QVT docente de todas as áreas e níveis do conhecimento, presentes em instituições públicas e privadas. Essa relação pode ser visualizada na tabela 1.

TABELA 1 – INSTITUIÇÕES DE ENSINO: PÚBLICA E PRIVADA

Instituições de ensino	Docentes	Quantidade
Pública e Privada	Ensino básico	2
	Ensino superior	1
Privada	Ensino básico	7
	Ensino superior	2
Pública	Ensino básico	24
	Ensino superior	10
Total		46

FONTE: A autora (2023)

Percebe-se que a maioria das/os pesquisadoras/es tem demonstrado interesse em pesquisar a QVT das/dos docentes do ensino básico, preferencialmente nas instituições públicas, sendo 24 dos trabalhos publicados, os demais estão divididos entre escolas privadas e universidades, sendo que estas instituições apresentaram poucas investigações com as/os docentes.

Esse interesse pelas/pelos docentes do ensino básico e público pode estar relacionado aos conflitos entre professores e Estado, em relação a salário e trabalho precário, e também da necessidade de conhecer e reconhecer a dinâmica do território em que trabalham. Segundo Oliveira (2004), a profissão de professor/a tem muita importância na dinâmica e transformação da sociedade e na forma de utilização do território como espaço da aprendizagem dos alunos e sociedade local, através da ampliação do conhecimento, da cultura, vivência da cidadania. Mesmo com tantas demandas e esforços para as/os docentes conseguirem desenvolver um espaço territorial, muitas pessoas não as/os valorizam no quesito de reconhecimento da parte dos alunos, familiares e outros colegas de trabalho, além da parte salarial e forma de trabalho, que em muitas das vezes necessitam lecionar em mais de um lugar para complementar a renda, podendo afetar a saúde física e mental desses profissionais.

De acordo com a pesquisa de Brum et al. (2012), muitas (os) docentes da rede pública lecionam em duas escolas ou mais para cumprir com sua carga horária semanal, 40 horas, enfrentando trânsito, gastos a mais no orçamento devido ao deslocamento, além de horas extras não contabilizadas de trabalho relacionadas a profissão que são realizadas fora do ambiente de trabalho.

Essa pesquisa vem ao encontro com o que Mendes e Leite (2012), que docentes têm a vida corrida, em alguns casos, cumprem jornadas em outros espaços para complementar a renda salarial, obtendo a redução da prática de atividade física no cotidiano, no trabalho e lazer, o que leva ao sedentarismo. Para Lipp (2007), o trabalho ocupa a maior parte do tempo das pessoas, com jornadas longas, com raras pausas de descanso, refeições breves e com ritmo de trabalho intenso, com altos níveis de concentração e atenção para a realização da tarefa, podendo gerar estresses e esgotamento emocional, como ocorre no trabalho docente, em que o trabalho é realizado não só dentro do espaço escolar, com as aulas, reuniões com os pais, como também em sua casa, com planejamentos, correções de trabalhos e provas, o lugar que deveria ser para descansar do dia exaustivo.

Em relação as/aos docentes do ensino superior, a remuneração acaba sendo mais alta do que os profissionais do ensino básico, mas, em contrapartida, a exigência do nível de formação e qualificação também é maior, conforme apresenta a pesquisa das autoras Lago, Cunha e Borges (2015).

No aspecto socioeconômico, em relação a outras esferas do governo ou docentes de outros níveis de ensino (fundamental, médio e infantil), a remuneração do docente das Instituições Federais de Ensino Superior é mais alta. Entretanto, em relação a outras funções públicas federais, essa função, que, geralmente apresenta o maior nível de formação acadêmica de seus profissionais, é uma das menores ou pior plano de cargo, carreiras e salários (...) (LAGO, CUNHA E BORGES, 2015, p. 434).

Para Lago, Cunha e Borges (2015), ainda apresentam em seus resultados que, apesar do salário alto, as/os docentes se sentem sobrecarregadas (os) com o trabalho, estrutura física e técnico-científica defasada, que tendem a proporcionar sofrimento e adoecimento. Apesar disso, a carreira docente em uma universidade foi vista pelos/pelas pesquisados (as) como possibilidade de trabalho estável e de contribuição para a formação de outras pessoas.

Para Nunes et al. (2014), o/a professor/a universitário/a recebe elevada pressão por produtividade e atua em condições de trabalho nem sempre satisfatórias, podendo colocar em segundo plano o uso do tempo para lazer, devido à alta demanda no trabalho, influenciando no bem-estar e na QVT docente.

4.1.1 Instrumentos de Qualidade de Vida mais utilizados nas pesquisas

Segundo Minayo, Hartz e Buss (2000) a saúde pode servir como componente de um indicador composto para a análise dos pesquisadores em relação à sua percepção da QV e para a obtenção dos dados de indicadores é possível a utilização de instrumentos.

A tabela 2, a seguir, mostra os instrumentos de Qualidade de Vida (QV) mais utilizados pelos pesquisadores.

TABELA 2 – INSTRUMENTOS DE QUALIDADE DE VIDA (QV)

Instrumentos QV	Quantidade
World Health Organization Quality of Life Instruments (Whoqol-bref)	17
Questionário Semiestruturado	12
Self Report Questionnaire (SRQ-20)	4
Total Quality of Work Life (TQWL-42)	3
Maslach Burnout Inventory: Educator's Survey (MBI-ES)	3
Voice-Related Quality of Life (V-RQOL)	3
Questionário de Saúde Geral-12 (QSG-12)	3
Workaholism	2
Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ)	2
Qualidade de vida no trabalho (QVT-PEF)	2
Short Form-36 (SF-36)	2
Grupo focal	2
Qualidade de vida em voz (QVV)	2
Perfil de Participação e Atividades Vocais (PPAV)	2
Escala de Estresse no Trabalho (EET)	2
Protocolo Qualidade de Vida	1
Propósito de Vida (Purpose in Life - PIL-Test-12)	1
Questionário de sinais e sintomas vocais (QSSV)	1
Índice de desvantagem vocal (IDV)	1
Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE)	1
Escala do bem-estar	1
Consenso da avaliação perceptivo auditiva da voz (CAPE-V)	1
banco de wells	1
Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh	1
Inventário de Burnout/esgotamento de Oldeburg (OLBI)	1
Questionário condição de produção vocal - Professor (CPV-P)	1
Índice de triagem do distúrbio da voz (ITDV)	1
Questionário Nórdico de Sintomas Osteomusculares (NMQ/QNSO)	1

FONTE: A autora (2023)

Os instrumentos Whoqol-bref (instrumento de QV da organização mundial de saúde-abreviado), questionário semiestruturado e o questionário de auto relato - Self Reporting Questionnaire-20 (SRQ-20) são os mais utilizados, seguidos dos

QUADRO 4 – INSTRUMENTOS QUE MAIS APARECEM NAS PESQUISAS DE QVT DOCENTE
(CONTINUA)

Nº	AUTORES/PRODUÇÃO/ANO	INSTRUMENTO UTILIZADO
1	FERNANDES, M H; ROCHA, V M e FAGUNDES, A A R. Impacto da Sintomologia osteomuscular na QV de professores. 2011	Whoqol-breve e questionário Nórdico
4	KOETZ, L; REMPEL, C e PÉRICO, E. Qualidade de vida de professores de instituições de ensino superior comunitárias do Rio Grande do Sul. 2013	Whoqol-bref
6	CONCEIÇÃO, MRC et al. Qualidade de vida do Enfermeiro no trabalho docente: Estudo com o WHOQOL-Bref. 2012	Whoqol-bref
8	PEREIRA, ÉF; TEIXEIRA, CS e LOPES, AS. Qualidade de vida de professores de educação básica do município de Florianópolis, SC, Brasil. 2013	Whoqol-bref
9	DAMÁSIO, BF; MELO, RLP e SILVA, JP. Sentido de vida, Bem-Estar Psicológico e qualidade de vida em professores escolares. 2013	Whoqol-bref, QSG-12 (questionário de saúde geral) e PIL-Test-12 (teste de propósito de vida)
13	PEREIRA, EF et al. O trabalho docente e a qualidade de vida dos professores da educação básica. 2014	Whoqol-bref
14	MEIRA, TRM et al. Percepções de professores sobre trabalho docente e repercussões sobre sua saúde. 2014	Grupo focal e entrevista semiestruturada/ estudo qualitativo
15	NUNES, MFO et al. Subjective Well-Being and Time Use of Brazilian PhD Professors, 2014.	Escala para medir o bem-estar subjetivo e perguntas abertas e fechadas
16	TAVARES, DDF et al. Qualidade de vida de professoras do ensino básico da rede pública. 2015	WHOQOL/breve
17	FERREIRA, RC et al. Transtorno mental e estressores no trabalho entre professores universitários da área da saúde. 2015	Whoqol-bref/Questionário internacional de atividades físicas - IPAQ/questionário de saúde geral - QSG-12
19	POZZATTI, M et al. Condições de trabalho, tempo de carreira e dimensões da saúde de professores de Educação Física do Espírito Santo. 2015	Questionário semiestruturado aberto e fechado
21	LAGO, RR; CUNHA, BS e BORGES, MFSO. Percepção do trabalho docente em uma universidade da região norte do Brasil. 2015	Entrevista semiestruturada
23	LIBERATTI, VM et al. Qualidade de vida na concepção de docentes de Enfermagem aposentadas por uma Universidade Pública. 2016	Elaborou-se um roteiro semiestruturado com questões abertas
24	SILVA, LCS; LIMA, NMV e SANTANA, LA. Convivência escolar, qualidade de vida e flexibilidade de professores de uma escola pública do Distrito Federal. 2016	WHOQOL-bref e banco de wells
25	MORIMOTO, JM et al. Qualidade de vida de professores da área da saúde de uma universidade em São Paulo. 2016	Whoqol-bref
26	WILBERSTAEDT, IOS; VIEIRA, MGM e SILVA, YF. Saúde e Qualidade de vida: discursos de docentes no cotidiano de uma escola pública de Santa Catarina. 2016	Grupo focal e entrevista semiestruturada/ estudo qualitativo

QUADRO 4 – INSTRUMENTOS QUE MAIS APARECEM NAS PESQUISAS DE QVT DOCENTE (CONCLUSÃO)

29	GOMES, KK et al. Qualidade de vida e qualidade de vida no trabalho em docentes da saúde de uma instituição de ensino superior. 2017	Total Quality of Work Life (TQWL-42); WHOQOL-abreviado
32	AMARAL, GA; BORGES, AL e JUIZ, APM. Organização do trabalho, prazer e sofrimento de docentes públicos federais. 2017	Entrevista semiestruturada
33	DIAS, J et al. Prática de atividade física em docentes do ensino superior: foco na qualidade de vida. 2017	Questionário breve para a medida de atividade física habitual em estudos epidemiológicos', criado por Baecke Burema e Frijters, adaptado para o presente estudo
34	SILVA, KG et al. Relationship between the quality of life and food consumption of teachers from private network. 2017	2 questionários autoaplicáveis (socioeconômico e aspectos de saúde - qualidade de vida e consumo alimentar)
35	NOGUEIRA, BFM e MEDEIROS, AM. Comportamento vocal e condições de trabalho de professores após fonoterapia para tratamento de disfonia comportamental. 2018	Questionário semiestruturado
37	SALGUEIRO, MMHAO et al. Qualidade de vida e avaliação antropométrica de professores de uma rede privada de ensino. 2018	Whoqol-bref
39	MOREIRA, DZ e RODRIGUES, MB Saúde mental e Trabalho docente. 2018	Entrevista semiestruturada e prontuários dos professores
41	SANCHEZ, HM et al. Impacto da saúde na qualidade de vida e trabalho de docentes universitários de diferentes áreas de conhecimento. 2019	Whoqol-bref e TQWL-42
43	ALVES, PC; OLIVEIRA, AF e PARO, HBMS Quality of life and burnout among faculty members: How much does the field of knowledge matter? 2019	Intrumento de burnout Oldenburg Burnout Inventory–OLBI e intrumento de QV World Health Organization Quality of Life-Abbreviated version–WHOQOL-Bref
44	SANTOS, EC; ESPINOSA, MM e MARCON, SR. Qualidade de vida, saúde e trabalho de professores do ensino fundamental. 2020	WHOQOL-bref, Condição de produtividade vocal do professor (CPV-P) Índice de Triagem de Distúrbio de Voz (ITDV);(20) o SelfReporting Questionnaire (SRQ-20);(21,22) e o Nordic Musculoskeletal Questionnaire (NMQ).
45	GALDINO, MJQ et al. Burnout, Workaholism e qualidade de vida entre docentes de pós-graduação em Enfermagem. 2021	Maslach Burnout Inventory - human Services Survey (MBI-HSS); Workaholism pela Dutch Work Addiction Scale (DUWAS) e Woqol-bref
46	VEDOATO, T et al. Associação entre workaholism e qualidade de vida em docentes de pós-graduação stricto sensu em enfermagem. 2021	WHOQOL-Bref/ workaholism, foi utilizada aDutch Work Addiction Scale (DUWAS)

FONTE: A autora (2023)

Segundo Pedroso (2010) o instrumento Whoqol-bref de medida da percepção da QV geral é uma versão abreviada do o WHOQOL-100, que consta de 100 questões que avaliam seis domínios: a) físico, b) psicológico, c) de independência, d) relações sociais, e) meio ambiente e f) espiritualidade/crenças pessoais.

Supõe-se que a relevância do instrumento pode estar relacionada pela facilidade da aplicação e por ser validado e utilizado em várias pesquisas pelo grupo criado pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Para Pedroso (2010), o instrumento Whoqol-bref possui 26 questões, extraídas do WHOQOL-100, entre as que obtiveram os melhores desempenhos psicométricos, desenvolvido pela OMS que recentemente criou o grupo de QV e validou o instrumento cobrindo quatro domínios: a) físico, b) psicológico, c) relações sociais e d) meio ambiente e definiu o termo QV como a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores em que vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.

Em relação ao questionário semi-estruturado, segundo Fernandes, Rocha e Fagundes (2011), ele é considerado um bom instrumento para focar nos objetivos do pesquisador, onde ele pode elaborar perguntas que vão de encontro ao seu objetivo de pesquisa, como questões referentes ao perfil sociodemográfico (idade, renda, entre outras) e dados ocupacionais como (tempo de trabalho na docência, carga horária).

A utilização desses instrumentos e dos demais presentes nas pesquisas selecionadas, são importantes para identificar a percepção da saúde e a QVT dos trabalhadores e das trabalhadoras em geral. A escolha do instrumento ideal para a pesquisa depende do objetivo de cada pesquisador. Segundo Dewes (2021), esses instrumentos avaliam a percepção do/a trabalhador/a em relação às suas experiências, sentimentos no ambiente do trabalho, sendo uma importante informação para a gestão e propostas de ações para um ambiente e trabalho saudável dentro dos espaços vividos por esses atores sociais.

4.1.2 Aspectos relacionados à saúde e Qualidade de Vida no Trabalho das/dos docentes

No que diz respeito aos aspectos relacionados à saúde e QVT docente, é possível observar nos dados das pesquisas, apresentados no apêndice A, os impactos negativos nos domínios: emocional, meio ambiente e físico, além da disfonia da voz e Burnout nas/nos docentes do ensino básico e impactos positivos em algumas/alguns docentes de nível superior, apresentando boa percepção na QV.

Para Reis Júnior (2008), o domínio físico avalia aspectos relacionados ao sono, qualidade na alimentação, sensação de conforto, hereditariedade, cansaço,

satisfação das necessidades fisiológicas básicas, doenças crônicas, atividade física, ginástica laboral, atendimento médico e estresse e o domínio emocional/psicológico avalia os indicadores de autocontrole, auto estima, espírito de camaradagem, grau de responsabilidade, liberdade de expressão, orgulho do trabalho e segurança.

Em relação ao domínio do meio ambiente nas condições de trabalho, se refere aos aspectos socioambientais (ambiente e condições em que trabalha) somados aos fatores individuais (relacionado ao estilo de vida individual). Segundo Nahas (2017), na busca da produtividade, os/as trabalhadores (as) docentes passam a ser exigidos por uma boa saúde, qualificação profissional, criatividade, competência, dedicação ao trabalho e boas relações interpessoais/intrapessoal. Dessa forma, esse ambiente de trabalho acaba influenciando na saúde geral e na QV dos atores envolvidos. As expressões investigadas neste domínio, estão relacionadas a satisfação no trabalho, salário, sucesso na carreira, bens adquiridos, relações sociais entre outras, conforme apresenta a figura 7.

FIGURA 7 – COMPONENTES RELACIONADAS AO MEIO AMBIENTE NAS CONDIÇÕES DE TRABALHO

Ambiente Físico	▪ Condições de limpeza e iluminação do seu local de trabalho ▪ Adequação ergonômica do mobiliário e equipamentos ▪ Condições de ruído e temperatura
Ambiente Social	▪ Relacionamento com os demais trabalhadores ▪ Relacionamento com seu(s) chefe(s) imediato(s) ▪ Oportunidades para expressar suas opiniões relacionadas ao Trabalho
Desenvolvimento e Realização Profissional	▪ Oportunidades de crescimento e aperfeiçoamento profissional oferecidos pela empresa ▪ Nível de conhecimento/habilidade para realizar suas tarefas ▪ Grau de motivação e ânimo ao chegar para trabalhar
Remuneração e Benefícios	▪ Remuneração em relação ao trabalho que realiza ▪ Benefícios de saúde oferecidos pela Empresa aos trabalhadores ▪ Oportunidades de lazer e conagração entre trabalhadores e Familiares
Relevância Social do Trabalho	▪ Imagem da Empresa perante a sociedade ▪ Relevância do seu trabalho para a empresa e a sociedade ▪ Nível de equilíbrio entre sua vida profissional e pessoal/familiar

FONTE: NAHAS (2017, p. 191).

4.1.2.1 Domínio Físico

O domínio físico aparece em 14 artigos (1; 3; 5; 7; 11; 13; 14; 17; 29; 30; 33; 40; 41 e 43), conforme apresenta o quadro 5.

QUADRO 5 –ASPECTOS RELACIONADOS AO DOMÍNIO FÍSICO (CONTINUA)

Nº	AUTORES/PRODUÇÃO/ANO	PRINCIPAIS RESULTADOS
1	FERNANDES, M H; ROCHA, V M e FAGUNDES, A A R. Impacto da Sintomologia osteomuscular na QV de professores. 2011	Domínio físico com maior escores: osteomuscular
3	SOUZA, J C e COSTA, D S. Qualidade de vida de uma amostra de profissionais de educação física. 2011	Capacidade funcional, dor, aspectos sociais e emocionais em professores/as que estão a mais tempo atuando.
5	MARTINELLO, JG; LAURIS, JRP e BRASOLOTTO, AG. Psychometric assessments of life quality and voice for teachers within the municipal system, in Bauru, SP, Brazil. 2011	Alteração vocal, diferença significativa no escore VHI na dimensão física, VRQOL domínio funcionamento físico com desconforto na laringe impactando na comunicação.
7	BRUM, LMB et al. Qualidade de vida dos professores da área de Ciências em escola pública no Rio Grande do Norte. 2012	Desgastes físicos e emocionais. Baixo escores no Domínio físico
11	SILVA, LG e SILVA, MC. Condições de trabalho e saúde de professores pré-escolares da rede pública de ensino de Pelotas, RS, Brasil. 2013	A prevalência de dor nas regiões lombar, torácica, pescoço e ombros, positividade para transtornos psiquiátricos menores.
13	PEREIRA, EF et al. O trabalho docente e a qualidade de vida dos professores da educação básica. 2014	Menores índices nos domínios físico e relações sociais
14	MEIRA, TRM et al. Percepções de professores sobre trabalho docente e repercussões sobre sua saúde. 2014	Relatos dos professores apresentam alta demanda de atividade, sobrecarga física e mental, desvalorização profissional
17	FERREIRA, RC et al. Transtorno mental e estressores no trabalho entre professores universitários da área da saúde. 2015	Prevalência de transtorno mental e no domínio físico
29	GOMES, KK et al. Qualidade de vida e qualidade de vida no trabalho em docentes da saúde de uma instituição de ensino superior. 2017	QV geral menor nas docentes mulheres do que nos homens, físico e psicológico/aspectos recursos financeiros e benefícios extras, foi constatada uma insatisfação.
30	MOREIRA, ASG; SANTINO, TA e TOMAZ, AF. Qualidade de vida de professores do ensino fundamental de uma escola da rede pública. 2017	Escore mínimo estado geral de saúde, escore máximo para domínio capacidade funcional, dores nas costas
33	DIAS, J et al. Prática de atividade física em docentes do ensino superior: foco na qualidade de vida. 2017	O estudo evidenciou que os docentes apresentam-se em situação de risco, como sobrepeso e obesidade prejudicando na QVT.
40	KORN, GP et al. Symptoms and Associated Risk Factors between male and female university teachers. 2018	Percepção docente de rouquidão, desconforto no trato vocal, cervicalgia e sensação de corpo estranho
41	SANCHEZ, HM et al. Impacto da saúde na qualidade de vida e trabalho de docentes universitários de diferentes áreas de conhecimento. 2019	Desgastes físicos, mentais e emocionais

QUADRO 5 – ASPECTOS RELACIONADOS AO DOMÍNIO FÍSICO (CONCLUSÃO)

43	ALVES, PC; OLIVEIRA, AF e PARO, HBMS. Quality of life and burnout among faculty members: How much does the field of knowledge matter? 2019	Alta queixa de sofrimento de burnout, as mulheres estavam mais exaustas do que os homens, percepção de precisar de mais tempo para relaxar após o trabalho/mulheres apresentaram escores menores nos domínios saúde física, psicológica e relações sociais em relação aos homens.
----	--	---

FONTE: A autora (2023)

Mendes e Leite (2012), identificaram que algumas doenças crônicas podem surgir devido à presença de esforços repetitivos do trabalho e sedentarismo, como é o caso do diabetes, hipertensão e doenças musculoesqueléticas, como as lombalgias e os distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT), dores no corpo, entre outros.

Exemplo disso, 14 estudos, dos 46 analisados na presente revisão integrativa, trouxeram alguns resultados, como apresentam as pesquisas dos autores e autoras Fernandes, Rocha e Fagundes (2011) (estudo 1); Silva e Silva (2013) (estudo 11) e Moreira, Santino e Tomaz (2017) (estudo 30) que obtiveram como resultado o escore no aspecto osteomuscular no trabalho docente do ensino básico, com prevalência de dores nas costas e regiões como: lombar, torácica, pescoço e ombros.

Segundo Ferreira et al. (2015) (estudo 17) e Dias et al. (2017) (estudo 33) os estudos evidenciaram que os docentes apresentam-se em situação de risco, como sobrepeso e obesidade prejudicando na QVT, além da prevalência de transtorno mental e no domínio físico.

Em relação aos resultados que apresentaram baixo domínio físico, além dos aspectos relacionados a capacidade funcional, dor, aspectos sociais e emocionais em professores/as, podem ser observados nos resultados do estudo 3 (SOUZA E COSTA, 2011), estudo 7 (BRUM et al., 2012), estudo 41 (SANCHEZ, 2019), estudo 17 (FERREIRA et al, 2015) e estudo 13 (PEREIRA et al., 2014).

Nos resultados obtidos na pesquisa dos autores Martinello, Lauris e Brasolotto (2011) (estudo 5), Korn et al. (2018) (estudo 40) pode-se perceber que os docentes sofrem com a voz, resultando na alteração vocal com o desconforto na laringe e rouquidão impactando na comunicação com os alunos, colegas de trabalho e familiares.

Além disso, estudos apresentam relatos dos/das docentes que tem a percepção de uma alta demanda de atividade com sobrecarga física e mental, além

de se sentirem desvalorizados profissionalmente, como apresenta o estudo 14 (MEIRA et al., 2014). Segundo Gomes et al. (2017) (estudo 29) apresenta a QVT geral menor nas docentes mulheres do que nos homens, em relação aos aspectos físicos e psicológicos, e também nos aspectos recursos financeiros e benefícios extras menores para as professoras, trazendo insatisfação no trabalho e percepção de desvalorização profissional. Para Alves, Oliveira e Paro (2019) (estudo 43) a pesquisa resultou em alta queixa de sofrimento de burnout, as mulheres estavam mais exaustas do que os homens, com a percepção de precisarem de mais tempo para relaxar após o trabalho, sendo as mulheres quem apresentaram escores menores nos domínios saúde física, psicológica e relações sociais em relação aos homens.

4.1.2.2 Domínio Meio Ambiente

O domínio meio ambiente em 12 artigos (6; 8; 13; 16; 21; 23; 24; 26; 28; 32; 44 e 46), sendo esses os mais evidentes nos resultados, conforme o quadro 6.

QUADRO 6 –ASPECTOS RELACIONADOS AO DOMÍNIO MEIO AMBIENTE (CONTINUA)

Nº	AUTORES/PRODUÇÃO/ANO	PRINCIPAIS RESULTADOS
6	CONCEIÇÃO, MRC et al. Qualidade de vida do Enfermeiro no trabalho docente: Estudo com o WHOQOL-Bref. 2012	Insatisfação nas relações sociais e meio ambiente
8	PEREIRA, ÉF; TEIXEIRA, CS e LOPES, AS. Qualidade de vida de professores de educação básica do município de Florianópolis, SC, Brasil. 2013	Baixo escores nos domínios meio ambiente e físico
13	PEREIRA, EF et al. O trabalho docente e a qualidade de vida dos professores da educação básica. 2014	Menores índices nos domínios físico e relações sociais
16	TAVARES, DDF et al. Qualidade de vida de professoras do ensino básico da rede pública. 2015	Escore menores em meio ambiente e psicológico
21	LAGO, RR; CUNHA, BS e BORGES, MFSO. Percepção do trabalho docente em uma universidade da região norte do Brasil. 2015	Percepção de saúde desgastada em aspectos psicoemocional/sobrecarga de trabalho que induz ao adoecimento.
23	LIBERATTI, VM et al. Qualidade de vida na concepção de docentes de Enfermagem aposentadas por uma Universidade Pública. 2016	Preocupação com: a Saúde, recursos financeiros, relacionamentos interpessoais, sentimento de sentir-se útil, poder cuidar de si e fazer planejamento
24	SILVA, LCS; LIMA, NMV e SANTANA, LA. Convivência escolar, qualidade de vida e flexibilidade de professores de uma escola pública do Distrito Federal. 2016	Comprometimento no aspecto ambiental, baixa flexibilidade articular

QUADRO 6 - ASPECTOS RELACIONADOS AO DOMÍNIO MEIO AMBIENTE (CONCLUSÃO)

26	WILBERSTAEDT, IOS; VIEIRA, MGM e SILVA, YF. Saúde e Qualidade de vida: discursos de docentes no cotidiano de uma escola pública de Santa Catarina. 2016	Os docentes enfatizam a necessidade de participação dos pais e profissionais da saúde no processo de educação em saúde. As concepções dos docentes afirmam que a dimensão social sobressai à biológica e que o conhecimento e a valorização desses aspectos, na prática docente, podem ampliar as ações em saúde.
28	VEIGA, RF et al. Qualidade de Vida no Trabalho: Contexto de atuação profissional e carreira docente. 2017	Insatisfação com o espaço de trabalho e remuneração.
32	AMARAL, GA; BORGES, AL e JUIZ, APM Organização do trabalho, prazer e sofrimento de docentes públicos federais. 2017	Constatou-se que dentre os fatores de prazer no trabalho se destacam: as atividades de ensino e as relações interpessoais com os alunos - questões ligadas as atividades de pesquisa, reconhecimento da comunidade científica. As vivências de sofrimento no trabalho referem-se às seguintes situações: falta de infraestrutura, sobrecarga por atividades administrativas, conflitos interpessoais e mal-estar em relação à condução da gestão.
44	SANTOS, EC; ESPINOSA, MM e MARCON, SR. Qualidade de vida, saúde e trabalho de professores do ensino fundamental. 2020	Menores escores no domínio meio ambiente; presenças de distúrbio de voz, transtorno mental comum e queixa de sintoma osteomuscular afetam a qualidade de vida dos professores ao apresentar diferenças significativas para a maioria dos domínios e nas percepções de saúde e QV.
46	VEDOATO, T et al. Associação entre workaholism e qualidade de vida em docentes de pós-graduação stricto sensu em enfermagem. 2021	Baixa percepção de QVT no domínio meio ambiente. Influência negativa do trabalho excessivo e compulsivo.

FONTE: A autora (2023)

No aspecto meio ambiente, como pode-se observar na figura 6, Nahas (2017) apresenta que esse domínio influencia na saúde geral e na QV dos trabalhadores e trabalhadoras, por estar relacionada às percepções de satisfação no trabalho, salário, sucesso na carreira, bens adquiridos, relações sociais entre outras. Alguns/algumas docentes não têm essa percepção, como exemplo a pesquisa dos autores Vedoato et al. (2021) realizada com docentes da pós-graduação de uma instituição pública, resultando na baixa percepção de QVT neste domínio, devido a influência negativa do trabalho excessivo e compulsivo, devido à alta exigência de qualificação, publicações de artigos, pesquisas, além da organização das disciplinas, grupo de estudos, orientações entre outras demandas, refletindo na saúde e QV.

4.1.2.3 Domínio Voz

Outros fatores de adoecimento também aparecem nas pesquisas, como: os aspectos relacionados à voz, emocional e burnout, resultando em impactos negativos da QVT docente. Além disso, foi encontrado resultado positivo em relação a boa percepção da QVT dos docentes do ensino superior (3 artigos) e nos docentes do ensino básico (2 artigos), conforme apresenta a tabela 3.

TABELA 3 – DOMÍNIOS DA QUALIDADE DE VIDA (QV) PRESENTES NOS ARTIGOS SELECIONADOS

Domínios QV	Quantidade de Artigos	Nº dos artigos apresentados no apêndice
Domínio físico	14	1; 3; 5; 7; 11; 13; 14; 17; 29; 30; 33; 40; 41, 43
Meio ambiente	12	6; 8; 13; 16; 21; 23; 24; 26; 28; 32; 44 e 46
Voz	10	2; 5; 10; 12; 19; 20; 22; 35; 40 e 44
Emocional	10	3; 9; 14; 15; 17; 18; 21; 31; 39 e 44
Síndrome de Burnout	6	27; 31; 36; 42; 43 e 45
Boa percepção da QV	5	4; 25; 34; 37; 38

FONTE: A autora (2023)

Em relação aos fatores de adoecimento relacionados à voz, emocional, burnout e boa percepção da QVT, conforme apresentado na tabela 3, possuem algumas especificidades que podem impactar na vida profissional e pessoal dos/das docentes, desde distúrbios vocais, estresse, percepção de desvalorização no trabalho até mesmo docentes que estão felizes e satisfeitos com o salário e com a sua rotina profissional. A saúde vocal, pode ser encontrada em 10 artigos, conforme apresentados no quadro 7.

QUADRO 7 –ASPECTOS RELACIONADOS À SAÚDE VOCAL

Nº	AUTORES/PRODUÇÃO/ANO	PRINCIPAIS RESULTADOS
2	FERREIRA, J M et al. Análise dos aspectos de Qualidade de Vida em voz em professores após alta fonoaudiológica: estudo longitudinal. 2011	Disfonia da voz (fadiga, cansaço e ardência ao falar e rouquidão)
5	MARTINELLO, JG; LAURIS, JRP e BRASOLOTTO, AG. Psychometric assessments of life quality and voice for teachers within the municipal system, in Bauru, SP, Brazil. 2011	Alteração vocal, diferença significativa no escore VHI na dimensão física, VRQOL domínio funcionamento físico com desconforto na laringe impactando na comunicação.
10	PIZOLATO, RA et al. Impact on quality of life in teachers after educational actions for prevention of voice disorders: a longitudinal study. 2013.	Alto percentual de professores com queixa de sintomas de disfonia com rouquidão nos últimos 6 meses, fadiga vocal, pigarro frequente, voz grave e fraca (habito de gritar em sala, uso contínuo da voz)
12	ALMEIDA, LNA et al. Características vocais e emocionais de professores e não professores com baixa e alta ansiedade. 2014	Sintomas emocionais, comprometimento na qualidade de vida na voz
19	POZZATTI, M et al. Condições de trabalho, tempo de carreira e dimensões da saúde de professores de Educação Física do Espírito Santo. 2015	Adoecimento em professores de Educação Física iniciantes e problema com a voz
20	ZAMBON, F et al. Eficiência e valores de corte do Perfil de Participação e Atividades Vocais para não professores e professores. 2015	Adoecimento vocal em professores e risco de adoecimento em não professores
22	CIELO, CA et al. Qualidade de vida em voz, avaliação e perceptivoauditiva e análise acústica da voz de professoras com queixas vocais. 2015	Queixas vocais, alteração vocal com interferência na qualidade de vida/atividades diárias dos docentes
35	NOGUEIRA, BFM e MEDEIROS, AM. Comportamento vocal e condições de trabalho de professores após fonoterapia para tratamento de disfonia comportamental. 2018	Disfonia da voz (fadiga, cansaço e ardência ao falar e rouquidão).
40	KORN, GP et al. Symptoms and Associated Risk Factors between male and female university teachers. 2018	Percepção docente de rouquidão, desconforto no trato vocal, cervicalgia e sensação de corpo estranho
44	SANTOS, EC; ESPINOSA, MM e MARCON, SR. Qualidade de vida, saúde e trabalho de professores do ensino fundamental. 2020	Menores escores no domínio meio ambiente; presenças de distúrbio de voz, transtorno mental comum e queixa de sintoma osteomuscular afetam a qualidade de vida dos professores ao apresentar diferenças significativas para a maioria dos domínios e nas percepções de saúde e QV.

FONTE: A autora (2023)

Mendes e Leite (2012), as pesquisas mostram uma preocupação com a voz dos/das docentes, por ser muito utilizada no seu trabalho, podendo ser detectado nos instrumentos a presença de distúrbios vocais, como exemplo a rouquidão na voz, perda da voz e fadiga vocal, corroborando com o resultado das pesquisas de Pizolato (2013) e Nogueira e Medeiros (2018) que apresentam um alto percentual de

professores com queixa de sintomas de disfonia com rouquidão, fadiga vocal, pigarro frequente, cansaço e ardência ao falar, voz grave e fraca (devido ao hábito de gritar em sala e ao uso contínuo da voz).

4.1.2.4 Domínio Emocional

Os aspectos relacionados à saúde emocional/mental, pode estar ligado aos outros domínios citados acima, conforme apresentado no quadro 8.

QUADRO 8 – ASPECTOS RELACIONADOS AO DOMÍNIO EMOCIONAL

Nº	AUTORES/PRODUÇÃO/ANO	PRINCIPAIS RESULTADOS
3	SOUZA, J C e COSTA, D S. Qualidade de vida de uma amostra de profissionais de educação física. 2011	Capacidade funcional, dor, aspectos sociais e emocionais em professores/as que estão a mais tempo atuando.
9	DAMÁSIO, BF; MELO, RLP e SILVA, JP. Sentido de vida, Bem-Estar Psicológico e qualidade de vida em professores escolares. 2013	Índices negativos sentido da vida, QV e bem-estar psicológico
14	MEIRA, TRM et al. Percepções de professores sobre trabalho docente e repercussões sobre sua saúde. 2014	Relatos dos professores apresentam alta demanda de atividade, sobrecarga física e mental, desvalorização profissional
15	NUNES, MFO et al. Subjective Well-Being and Time Use of Brazilian PhD Professors, 2014.	Nível baixo de satisfação com o uso do tempo e com o equilíbrio entre dedicação ao trabalho e outras áreas da vida/ alta frequência de emoções negativas em relação a vida cotidiana
17	FERREIRA, RC et al. Transtorno mental e estressores no trabalho entre professores universitários da área da saúde. 2015	Prevalência de transtorno mental e no domínio físico
18	SCANDOLARA, TB et al. Avaliação dos níveis de estresse e depressão em professores da rede pública do município de Francisco Beltrão 2015	Grande número de professores com estresse psíquico
21	LAGO, RR; CUNHA, BS e BORGES, MFSO. Percepção do trabalho docente em uma universidade da região norte do Brasil. 2015	Percepção de saúde desgastada em aspectos psicoemocional/sobrecarga de trabalho que induz ao adoecimento.
31	SILVA, JLL et al. Prevalência da Síndrome de Burnout entre professores da Escola Estadual em Noterói, Brasil. 2017	Prevalência significativa da Síndrome de Burnout entre os professores - alerta nas condições de trabalho e saúde mental.
39	MOREIRA, DZ e RODRIGUES, MB. Saúde mental e Trabalho docente. 2018	Constatou-se que 50% dos professores esteve afastado do trabalho por transtornos mentais e comportamentais, segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID-10), principalmente transtornos depressivos leves e graves.
44	SANTOS, EC; ESPINOSA, MM e MARCON, SR. Qualidade de vida, saúde e trabalho de professores do ensino fundamental. 2020	Menores escores no domínio meio ambiente; presenças de distúrbio de voz, transtorno mental e queixa de sintoma osteomuscular afetam a qualidade de vida docente.

FONTE: A autora (2023)

Para Silva e Silva (2013) a docência pode ser exposta ao risco mental, principalmente se estiver em condições precárias relacionadas ao ambiente em que está inserido, com os aspectos interprofissional, conflitos com estudantes, baixa remuneração e trabalhos extracurriculares, afetando a QVT docente. Esse aspecto pode ser visto nas pesquisas de Meira et al. (2014); Scandolara et al. (2015) e Veiga et al. (2017) que apresentaram alta demanda de atividade, sobrecarga física e mental e desvalorização profissional do trabalho docente, além de grande número de professores com estresse psíquico e Insatisfação com o espaço de trabalho e remuneração, ocasionando a Síndrome de Burnout.

4.1.2.5 Síndrome de Burnout

A síndrome de burnout, para Silva et al. (2017), é uma doença característica do trabalho resultante do esgotamento, estresse ocupacional e da perda de interesse pelas atividades profissionais. Por mais que a síndrome de burnout acabe afetando outros aspectos como físico e psicológico, ela apareceu, com esse nome específico em algumas pesquisas, conforme apresentado no quadro 9.

QUADRO 9 –ASPECTOS RELACIONADOS A SÍNDROME DE BURNOULT

Nº	AUTORES/PRODUÇÃO/ANO	PRINCIPAIS RESULTADOS
27	PRADO, RL et al. Avaliação da síndrome de Burnout em professores universitários. 2017	Síndrome de Burnout
31	SILVA, JLL et al. Prevalência da Síndrome de Burnout entre professores da Escola Estadual em Noterói, Brasil. 2017	Prevalência significativa da Síndrome de Burnout entre os professores - alerta nas condições de trabalho e saúde mental.
36	SOUSA, AR et al. Estresse ocupacional e qualidade do sono em docentes da área da saúde. 2018	Baixo nível de estresse e baixa qualidade do sono.
42	FILHO, IMM et al. Associação de estresse ocupacional e uso de psicotrópicos por docentes da área da saúde. 2019	Alto nível de estresse ocupacional
43	ALVES, PC; OLIVEIRA, AF e PARO, HBMS Quality of life and burnout among faculty members: How much does the field of knowledge matter? 2019	Alta queixa de sofrimento de burnout, as mulheres estavam mais exaustas do que os homens, percepção de precisar de mais tempo para relaxar após o trabalho/mulheres apresentaram escores menores nos domínios saúde física, psicológica e relações sociais em relação aos homens.
45	GALDINO, MJQ et al. Burnout, Workaholism e qualidade de vida entre docentes de pós-graduação em Enfermagem. 2021	Síndrome de Burnout, Workaholism

FONTE: A autora (2023)

Segundo Silva et al. (2017), a sua pesquisa resultou em prevalência significativa da Síndrome de Burnout entre as/os professoras (es), com alerta nas condições de trabalho e saúde mental, enquanto no artigo dos autores Alves, Oliveira e Paro (2019), os resultados foram de alta queixa de sofrimento de Burnout, sendo que as mulheres apresentaram escores menores em relação aos homens, nos aspectos físicos, psicológicos e relações sociais, além de uma percepção de precisarem de mais tempo para relaxar após o trabalho.

A percepção retratada em relação às mulheres, pode ter ocorrido devido ao contexto histórico da atuação feminina tanto dentro quanto fora do lar. Segundo Rodrigues (2008), o trabalho docente era como uma extensão do lar e era considerado como uma atuação feminina, pois, a mulher era formada e ensinada para os trabalhos domésticos, para educar os filhos e cuidar da família, sendo essa, uma visão que era vinculada a profissionalização feminina como docente, sofrendo modificações com o passar do tempo, com a figura masculina presente nos ambientes escolares e nos trabalhos domésticos.

4.1.2.6 Boa percepção da Qualidade de Vida no Trabalho

Apesar dos aspectos negativos e queixas constituírem a maioria dos achados, alguns/algumas docentes tiveram uma boa percepção da Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) em 5 artigos (artigos: 4; 25 e 38, docentes do ensino superior e artigos: 34; 37, docentes do ensino básico), apresentados no quadro 10.

QUADRO 10 –ASPECTOS RELACIONADOS A BOA PERCEPÇÃO DA QVT DOCENTE

Nº	AUTORES/PRODUÇÃO/ANO	PRINCIPAIS RESULTADOS
4	KOETZ, L; REMPEL, C e PÉRICO, E. Qualidade de vida de professores de instituições de ensino superior comunitárias do Rio Grande do Sul. 2013	Boa percepção de qualidade de vida em todos os domínios
25	MORIMOTO, JM et al. Qualidade de vida de professores da área da saúde de uma universidade em São Paulo. 2016	Boa Percepção da QV
34	SILVA, KG et al. Relationship between the quality of life and food consumption of teachers from private network. 2017	A maioria dos professores apresentam boa QV e ingestão alimentar saudável.
37	SALGUEIRO, MMHAO et al. Qualidade de vida e avaliação antropométrica de professores de uma rede privada de ensino. 2018.	Boa Percepção da QV - tempo de docência relacionada significativamente ao IMC
38	DIAS, ACB; CHAVEIRO, N e PORTO, CC. Qualidade de vida no trabalho de fisioterapeutas docentes no município de Goiânia, Goiás, Brasil. 2018	Boa Percepção da QV no trabalho, satisfação com a renda e atividade docente e posicionamento social.

FONTE: A autora (2023)

Esses estudos podem ser observados nas pesquisas dos autores Koetz, Rempel e Périco (2013) que realizaram a pesquisa com 203 docentes do ensino superior, Morimoto et al. (2016) com 91 docentes do ensino superior resultando em boa percepção de QVT em todos os domínios e Dias, Chaveiro e Porto (2018) pesquisaram 65 docentes do ensino superior, resultando em boa percepção da QV no trabalho, satisfação com a renda e a sua atividade de trabalho, além do posicionamento social.

De acordo com Ferreira (2019), para ter uma boa QVT é preciso equilíbrio nos fatores que influenciam no seu dia-a-dia, referindo-se à satisfação aos vários domínios, sendo eles físico, psicológico, social, além disso, uma boa percepção em relação a sua posição na vida, no contexto cultural, em uma habitação adequada, renda e aspectos relacionados ao meio ambiente em que está inserido.

Através dos resultados da revisão integrativa, pode-se observar que boa parte dos pesquisadores demonstraram interesse em pesquisar a QVT das/dos docentes do ensino básico, preferencialmente nas instituições públicas. Além disso, para mensurar a percepção da QVT, a maioria dos pesquisadores utilizaram os instrumentos: Whoqol-bref (instrumento de QV da organização mundial de saúde- abreviado), questionário semiestruturado e o questionário de auto relato - Self Reporting Questionnaire-20 (SRQ-20). No que diz respeito aos aspectos relacionados à saúde e QVT docente, foi possível observar nos dados das pesquisas os seguintes impactos: negativos nos domínios - emocional, meio ambiente e físico, além da presença da disfonia da voz e burnout nos/nas docentes do ensino básico e impactos positivos em alguns/algumas docentes do nível superior, apresentando boa percepção na QVT.

Conforme os resultados alcançados na revisão integrativa, buscou-se analisar as categorias relacionadas a QVT na PNSTT.

4.2 ANÁLISE DE CONTEÚDO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA

Em relação a análise de conteúdo da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), a aplicação dessa técnica, pretendeu-se indicar os grupos e categorias relacionadas à Qualidade de Vida no Trabalho (QVT)

em geral, pensando, especificamente, no trabalho docente, tomando como base o referencial teórico e a revisão integrativa sobre QVT docente.

A seguir, na tabela 4, são apresentados os resultados da Análise de Conteúdo da PNSTT.

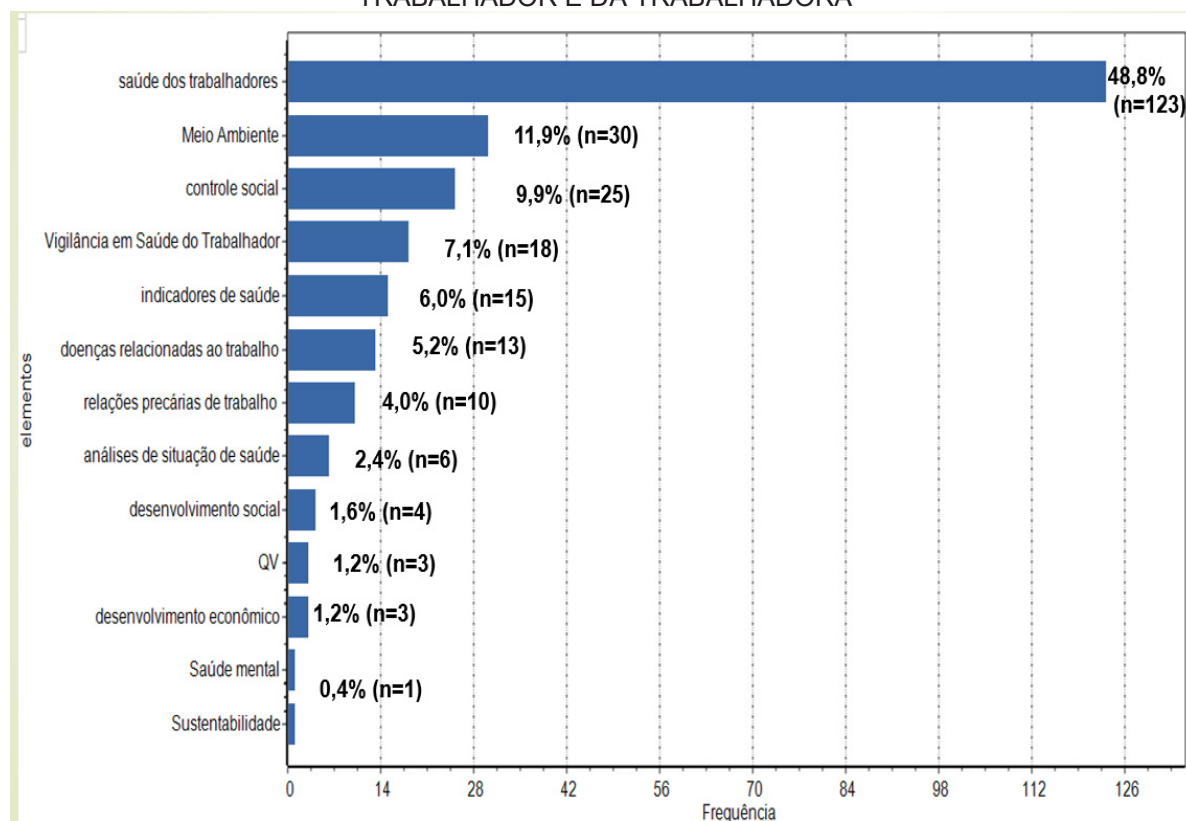
TABELA 4 – CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS RELACIONADAS À QUALIDADE DE VIDA PAUTADAS NO DOCUMENTO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA

Grupos	Categorias	Frequência	%Frequência	N° Palavras	%Palavras
Ambiente	Meio Ambiente	30	11,9%	67	0,6%
	Sustentabilidade	1	0,4%	1	0,0%
	Qualidade de Vida	3	1,2%	9	0,1%
Saúde e Trabalho	Vigilância em Saúde do Trabalhador	18	7,1%	90	0,8%
	Análises de situação de saúde	6	2,4%	28	0,2%
	Doenças relacionadas ao trabalho	13	5,2%	57	0,5%
	Indicadores de saúde	15	6,0%	60	0,5%
	Saúde dos trabalhadores	123	48,8%	370	3,3%
Saúde mental	Saúde mental	1	0,4%	2	0,0%
	Controle social	25	9,9%	57	0,5%
Social	Desenvolvimento social	4	1,6%	6	0,1%
	Desenvolvimento econômico	3	1,2%	5	0,0%
Trabalho	Relações precárias de trabalho	10	4,0%	53	0,5%

FONTE: A autora (2023).

Na tabela 4, é possível visualizar a quantidade de codificação e a porcentagem por categorias. Dentro dos grupos apresentados, as categorias mais frequentes foram: Saúde dos trabalhadores 48,8% (n=123) e Meio Ambiente 11,9% (n=30) e as categorias menos frequentes foram: QV 1,2% e Desenvolvimento econômico 1,2% (n=3) e também Sustentabilidade e Saúde mental 0,4% (n=1), representadas na figura 8.

FIGURA 8 – CATEGORIAS MAIS FREQUÊNTES NA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA



FONTE: A autora (2023)

A frequência geralmente é a medida mais usada. Corresponde ao seguinte postulado: a importância de uma unidade de registro aumenta com a frequência de aparição. A aparição de um item de sentido ou expressão será tanto mais significativa, em relação ao que procura atingir na descrição ou na interpretação da realidade visada, quanto mais esta frequência se repetir. A regularidade quantitativa de aparição é, portanto, aquilo que se considera como significativo. Por esta razão, é importante realizar essa etapa, para que possa dar continuidade na interpretação dos resultados, por meio de análise estatísticas e qualitativas (BARDIN, 2016).

A Saúde dos Trabalhadores foi a categoria mais importante nos dados coletados no documento PNSTT, com frequência de 48,8% (123) ocorrida no texto, seguida da categoria meio ambiente, frequência 11,9% (30). Para essa política é necessário que o sujeito tenha uma boa saúde integral para que o sujeito possa ter uma boa QVT e que ela esteja alinhada com outras políticas de saúde do SUS, para identificar as causas do adoecimento e para programar ações preventivas em saúde da trabalhadora e do trabalhador (BRASIL, 2016).

Segundo Cruz, Ferla e Lemos (2018) a saúde da trabalhadora e do trabalhador deve ter o foco nos procedimentos, diagnósticos e prevenção de risco no trabalho, relacionando o ambiente com o corpo da trabalhadora e do trabalhador, de modo a analisar a causa do adoecimento, através de um olhar clínico e de indicadores de exposição e seus efeitos, com um olhar interdisciplinar, articulada com diversas esferas do campo de trabalho.

Nesse sentido, a PNSTT tem como objetivo definir os princípios, as diretrizes e as estratégias que devem ser colocadas em prática nas três esferas de gestão (federal, estadual e municipal), voltadas para o desenvolvimento integral da saúde dos trabalhadores e das trabalhadoras, com o intuito de ações de promoção e prevenção a saúde, redução de mortes e doenças relacionadas com o trabalho (BRASIL, 2012). Com isso, um dos objetivos da PNSTT é:

Garantir a integralidade na atenção à saúde do trabalhador, que pressupõem a inserção de ações de saúde do trabalhador em todas as instâncias e pontos da Rede de Atenção à Saúde do SUS, mediante articulação e construção conjunta de protocolos, linhas de cuidado e matriciamento da saúde do trabalhador na assistência e nas estratégias e dispositivos de organização da rede (BRASIL, 2016).

Dessa forma, no que diz respeito à saúde do trabalho docente, observa-se que os aspectos negativos mais relevantes presentes nas pesquisas, apresentadas na revisão integrativa dos artigos selecionados, referem-se aos domínios físico e meio ambiente. Segundo Mendes e Leite (2012), o domínio físico apresenta algumas doenças crônicas, esforços repetitivos do trabalho e sedentarismo, em relação ao meio ambiente são as percepções de satisfação no trabalho, salário, sucesso na carreira, bens adquiridos, relações sociais entre outras. Além desses domínios, também aparecem outros fatores de adoecimento como a voz, devido ao excesso de alteração durante as aulas e Burnout, referente ao esgotamento no trabalho.

Diante disso, para que ocorra o desenvolvimento territorial saudável e sustentável, será preciso pensar, planejar e colocar em prática, estratégias e ações comunitárias e de políticas públicas, que possam interagir entre si e se materializar, ao longo do tempo, em resultados que visam atingir o desenvolvimento local e regional, para uma boa QVT docente e a melhora nos respectivos domínios.

Uma das estratégias que pode ser materializado é a integração da vigilância em saúde do trabalhador com a atenção primária à saúde para realizarem o planejamento de ações, conforme apresentado na PNSTT no Art. 9º (BRASIL, 2016):

I - Integração da vigilância em saúde do trabalhador com os demais componentes da vigilância em saúde e com a atenção primária em saúde, o que pressupõe:

a) Planejamento conjunto entre vigilâncias, com eleição de prioridades comuns para atuação integrada, com base na análise da situação de saúde dos trabalhadores e da população em geral, e no mapeamento das atividades produtivas e com potencial impacto ambiental no território (...) (BRASIL, 2016).

A articulação de ações e programas, devem ser de maneira intersetorial, com formação de redes e articulação com setores como: Previdência, Trabalho e Meio Ambiente, e aquelas ao desenvolvimento econômico e social, nos âmbitos federal, estadual e municipal, para propor possibilidades de pensar a questão complexa da saúde, na troca e na construção coletiva de saberes, linguagens e práticas entre os setores envolvidos na determinada questão sanitária, de modo que possa produzir tentativas de soluções para a melhoria da QVT (BRASIL, 2010).

A promoção da saúde e de ambientes saudáveis, consiste em políticas, planos e programas de saúde pública, com ações e programas que possam evitar exposição de trabalhadores a fatores condicionantes e determinantes de doenças (FREIRE; ARAÚJO, 2015). A promoção da saúde representa uma estratégia para o enfrentamento de vários problemas de saúde que afetam as populações humanas e seus entornos. Partindo da concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, propõe a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados para seu enfrentamento e resolução (BUSS, 2000).

A indissociabilidade entre produção, trabalho, saúde e ambiente compreende que a saúde das trabalhadoras e dos trabalhadores, e da população em geral, está intimamente relacionada às formas de produção e consumo e de exploração de recursos naturais e seus impactos no meio ambiente, nele compreendido o do trabalho. Nesta perspectiva, o princípio da precaução deve ser incorporado como norteador das ações de promoção da saúde e de ambientes e processos de trabalho saudáveis, especialmente nas questões relativas à sustentabilidade socioambiental dos processos produtivos, ou seja, questões integradas às políticas públicas, incorporando nas políticas de desenvolvimento social e econômico o entendimento de

que a QV e a saúde são valores absolutos, universais e envolvem o direito de trabalhar, viver em ambientes saudáveis e com dignidade à garantia da manutenção de relações éticas e de respeito nos locais de trabalho (BRASIL, 2016).

Assim, percebe-se que a PNSTT tem pautado vários assuntos, sendo a Saúde dos trabalhadores e meio ambiente as categorias mais frequentes na política. Dessa forma, essa política pode servir para orientar planejamentos e ações que visam promover melhorias na saúde e condições de trabalho das/dos docentes, sendo um bom aliado para que ocorra o desenvolvimento humano nos territórios e espaços escolares e consequentemente ocorra um bom aprendizado dos conteúdos e também na vida social das/dos estudantes, para que todas/todos possam conviver e trabalharem em territórios saudáveis, sustentáveis e com boa QVT.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A qualidade de vida no trabalho docente é fundamental para a promoção do desenvolvimento territorial sustentável e saudável. Os/As docentes são agentes chave na formação dos cidadãos, e um ambiente de trabalho saudável, equilibrado e satisfatório pode impactar diretamente a qualidade do ensino e a formação dos alunos.

Por outro lado, o desenvolvimento territorial sustentável depende do envolvimento dos atores locais na promoção do desenvolvimento econômico, social e ambiental da região. Os docentes, como membros ativos da comunidade, podem contribuir para o desenvolvimento sustentável por meio da educação e da formação de cidadãos conscientes e responsáveis.

Assim, a promoção da qualidade de vida no trabalho docente pode ser vista como uma das medidas para a promoção do desenvolvimento territorial sustentável, já que contribui para a formação de uma sociedade mais engajada e consciente. Além disso, um ambiente de trabalho saudável também pode incentivar a permanência dos docentes na região, o que é importante para o fortalecimento do sistema educacional e para o desenvolvimento da comunidade em geral.

Não caberia a este único estudo delinear compreensão de todas as questões relacionadas à QVT docente, mas é possível que os dados obtidos nessa pesquisa, possam contribuir para novos estudos e possíveis ações nos territórios e espaços escolares que contribuam para a QVT docente.

É importante considerar que, parte-se do princípio de que a QVT pressupõe não a ausência de sofrimento psíquico, mas a busca do equilíbrio, no sentido de promover o bem-estar do indivíduo e da coletividade para a promoção do desenvolvimento territorial sustentável e saudável.

Outro fator importante foi resgatar os aspectos históricos e conceitos do trabalho, desenvolvimento territorial sustentável e saudável, trabalho docente e o adoecimento, a QVT e a política pública de saúde e do trabalho, fundamentando e compreendendo melhor os resultados encontrados, para a realização das análises. Através da teoria, pode-se conhecer os indicadores de QVT na atividade de trabalho e, especificamente na atuação docente. Nesse caso, observaram-se algumas questões como: condições adequadas de alimentação, transporte, lazer, acesso a bens e serviços essenciais, trabalho em um ambiente saudável, saúde física e mental, a percepção do bem-estar, fatores socioambientais, vida comunitária, condição de

trabalho, atividade, auto eficácia, renda e continuidade de papéis sociais. Estes são alguns indicadores de QVT na atividade docente e nos demais ambientes de trabalho, para que possa ocorrer o desenvolvimento sustentável e saudável no território.

Em relação aos resultados da revisão integrativa, conclui-se que a maioria dos pesquisadores têm demonstrado interesse em pesquisar a QVT das/dos docentes do ensino básico, preferencialmente nas instituições públicas, podendo estar relacionado aos conflitos entre professores e Estado, em relação a salário, trabalho precário. Além disso, as pesquisas revelaram que os instrumentos que avaliam a percepção de QVT e saúde são os mais variados, sendo o Whoqol-bref (instrumento de QV da organização mundial de saúde-abreviado), questionário semiestruturado e o questionário de auto relato - Self Reporting Questionnaire-20 (SRQ-20) os mais utilizados nas pesquisas. Esses resultados e com as novas pesquisas de QVT docente de um determinado território, pode colaborar com os gestores para uma ampla visão do bem-estar desses atores em relação ao território em que vivem, convivem e atuam profissionalmente, pensando em ações e projetos para um ambiente de trabalho saudável e sustentável, com harmonia nas relações interprofissionais, com o cuidado ergonômico, de modo a evitar possíveis desgastes físicos e psicológicos.

Em relação aos impactos encontrados nos aspectos relacionados à saúde e QVT docente, observou-se nas pesquisas, os impactos negativos nos domínios relacionados ao físico, meio ambiente e emocional, além disso, apresentou-se impactos positivos em algumas/alguns docentes do nível superior, apresentando boa percepção na QV.

No que diz respeito a análise de conteúdo da PNSTT, conclui-se que a política tem pautado com maior frequência a categoria - Saúde dos trabalhadores. Essa política pode servir para orientar planejamentos e ações que visam promover melhorias na saúde e condições de trabalho das/dos docentes, podendo ter um impacto positivo no desenvolvimento territorial sustentável e saudável nos territórios e espaços escolares, uma vez que a educação de qualidade é um fator importante para a promoção do desenvolvimento econômico, social e ambiental em um determinado território.

Diante disso, para que ocorra o desenvolvimento territorial saudável e sustentável, precisa-se pensar, planejar e colocar em prática, estratégias e ações comunitárias e de políticas públicas, que possam interagir entre si e se materializar,

ao longo do tempo, em resultados que visam atingir o desenvolvimento local e regional, para uma boa QVT docente e a melhora nos respectivos domínios da qualidade de vida para a promoção da saúde pública/coletiva.

Contudo, sugere-se a necessidade de complementação do presente estudo, com uma abordagem quanti-qualitativa, como a utilização do instrumento com maior evidência nas pesquisas Whoqol-bref, instrumento de QV da organização mundial de saúde-abreviado, e questionário semiestruturado para obtenção de informações em profundidade para compreender melhor o significado destes índices de QVT docente apresentados nos artigos e demais correlações possíveis.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, L. N. A.; LOPES, L. W.; COSTA, D. B. da; SILVA, E. G.; CUNHA, G. M. S. da; ALMEIDA, A. A. F. de. Características vocais e emocionais de professores e não professores com baixa e alta ansiedade. **Audiol Commun Res**; 19(2):179-85, 2014.
- ALVES, P. C.; OLIVEIRA, A. F.; PARO, H. B. M. S. Quality of life and burnout among aculty members: How much does the field of knowledge matter? **PLoS One**. v22;14(3):e0214217, Mar, 2019.
- AMARAL, G. A.; BORGES, A. L.; JUIZ, A. P. M. Organização do trabalho, prazer e sofrimento de docentes públicos federais. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, vol. 20, n. 1, p.15-28, 2017.
- ANTUNES, R. A Sociedade da terceirização total. **Revista da ABET**, v. 14, n. 1, Janeiro a Junho de 2015.
- BARBOSA, G. S. O desafio do Desenvolvimento Sustentável. **Revista Visões - 4ª ed**, nº 4, v. 1 - Jan/Jun 2008.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Tradução: Luís Augusto Pinheiro. São Paulo: Ed. 70, 2016.
- BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T. O estado da arte do burnout no Brasil. **Rev Eletrônica InterAção Psy**. 2003; p. 4-11.
- BRASIL. **Política Nacional de Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde**. – 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- BRASIL. **Portaria nº 1823, de 23 de Agosto de 2012**. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html. Acesso em: 26 Out 2022.
- BRASIL. **Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
- BRASIL. **Avaliação de Políticas Públicas: guia prático de análise ex post**. Vol. 2; Brasília, DF, 2018.
- BRASIL. **Lei 8080 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. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em 23 out. 2022.
- BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de**

1988. Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 23 out. 2022.

BRASIL. Lei 8142 de 28 de Dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 23 de out. de 2022.

BRASIL. Decreto nº 7.602, de 7 de novembro de 2011. Dispões sobre a política nacional de segurança e saúde no trabalho. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7602.htm. Acesso em: 26 Out. 2022.

BRASIL. Lei 13844 de 18 de Junho de 2019. Estabelece a organização básica dos órgãos da Presidência da República e dos Ministérios; altera as Leis nºs 13.334, de 13 de setembro de 2016, 9.069, de 29 de junho de 1995, 11.457, de 16 de março de 2007, 9.984, de 17 de julho de 2000, 9.433, de 8 de janeiro de 1997, 8.001, de 13 de março de 1990, 11.952, de 25 de junho de 2009, 10.559, de 13 de novembro de 2002, 11.440, de 29 de dezembro de 2006, 9.613, de 3 de março de 1998, 11.473, de 10 de maio de 2007, e 13.346, de 10 de outubro de 2016; e revoga dispositivos das Leis nºs 10.233, de 5 de junho de 2001, e 11.284, de 2 de março de 2006, e a Lei nº 13.502, de 1º de novembro de 2017. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/l13844.htm. Acesso em 23 out. 2022.

BRASIL. Lei 14261 de 16 de Dezembro de 2021. Cria o Ministério do Trabalho e Previdência; altera as Leis nºs 13.844, de 18 de junho de 2019, 7.998, de 11 de janeiro de 1990, e 8.036, de 11 de maio de 1990, e a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943; revoga dispositivos da Lei nº 13.846, de 18 de junho de 2019; e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/Lei/L14261.htm. Acesso em 23 out. 2022.

BRUM, L. M.; AZAMBUJA, C. R.; REZER, J. F. P.; TEMP, D. S.; CARPILOVSKY, C. K.; LOPES, L. F.; SCHETINGER, M. R. C. Qualidade de vida dos professores da área de Ciências em escola pública no Rio Grande do Norte. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 10 n. 1, p. 125-145, mar./jun, 2012. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-618554>. Acesso em 20/09/2022.

BORGES, C. R. C. A atual reestruturação produtiva e as lutas sociais: enfrentando ideologias. **Revista do Núcleo de Estudos de Ideologias e Lutas Sociais** PUC/SP. N°6, 1999, p. 69 - 82. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/l/article/view/18879>. Acesso: 03 set. 2020.

BORGES, E. F e CECÍLIO, S. O trabalho docente no Brasil. [década de 1950 aos dias atuais]: a precarização no contexto de (re)democratização. **HOLOS**, [S.l.], v.5, p. 177-194, Nov. 2018. ISSN 1807-1600. Disponível em:

<https://www2.ifrn.edu.br/ojs/index.php/HOLOS/article/view/6535>. Acesso em: 27 out. 2021.

BOTELHO, L. L. R.; CUNHA, C. C. de A.; MACEDO, M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. **Revista Gestão e Sociedade**, Belo Horizonte, v. 5, n. 11, p. 121-136, 2011. Disponível em: <https://goo.gl/1qzRmk>. Acesso em: 12 Jul. 2022.

BUENO, R. E.; MOYSÉS, S. T.; BUENO, P. A. R. Diálogos intersetoriais: pontes estabelecidas na revisão da Política Nacional de Promoção da Saúde. **Divers@**, Matinhos, v. 10, n. 2, p. 51-59, jul/dez. 2017.

BUSS, P. M. Promoção da Saúde e qualidade de vida. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.

CHEREMETA, M.; PEDROSO, B.; PILATTI, L. A.; KOVALESKI, J. L. Construção da versão abreviada do QWLQ-78: um instrumento de avaliação da qualidade de vida no trabalho. **Rev. Brasileira de qualidade de vida**. V.03; n.01, jan/jul; p.01-05, 2011.

CIELO, C. A.; RIBEIRO, V. V.; BASTILHA, G. R.; SCHILING, N. O. Qualidade de vida em voz, avaliação perceptivoauditiva e análise acústica da voz de professoras com queixas vocais. **Audiol Commun Res**. 20 (2):130-140, Abr/Jun. 2015.

CONCEIÇÃO, MR; COSTA MS; ALMEIDA MI; SOUZA AM A; CAVALCANTE MBPT e ALVES, MDS. Qualidade de vida do Enfermeiro no trabalho docente: Estudo com o WHOQOL-Bref. **Esc Anna Nery (impr.)** abr -jun; 16 (2):320- 325, 2012.

CRUZ, A. P. C.; FERLA, A. A.; LEMOS, F. C. S. Alguns aspectos da política nacional de saúde do trabalhador no Brasil. **Rev. Psicologia e Sociedade**. Online, v. 30, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2018v30154362>. Acesso em: 26 Out. 2022.

CUNHA, D. M.; ALVES, W. F. Da atividade humana entre paideia e politeia: Saberes, Valores e Trabalho Docente. **Educação em Revista** | Belo Horizonte | v.28 | n.02 | p.17-34 | jun. 2012.

DALAGO, I. B. **Programa de atenção à saúde e ao trabalho do professor municipal de Paranaguá: um estudo de caso**. Dissertação apresentada ao curso de Mestrado em Ensino das Ciências Ambientais. Universidade Federal do Paraná – setor litoral, 2019. Disponível em: <https://acervodigital.ufpr.br/handle/1884/66275>. Acesso em: 04/05/2021.

DALLABRIDA, V. R. Território e Governança Territorial, Patrimônio e Desenvolvimento Territorial: estrutura, processo, forma e função da dinâmica territorial do desenvolvimento. **Revista Brasileira de Gestão e Desenvolvimento Regional**, Taubaté, v.16, no 2, p. 63-78, 2020.

DAMÁSIO, B. F.; MELO, R. L. P.; SILVA, J. P. Sentido de vida, Bem-Estar Psicológico e qualidade de vida em professores escolares. **Paidéia**, Vol. 23, No. 54, 73-82, jan.-abr, 2013.

DEMO, P. Pesquisa e construção do conhecimento: **metodologia científica no caminho de Habermas**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1994, p.37.

DEMO, P. **Metodologia do conhecimento científico**. São Paulo: Atlas, 2000, p.21.

DENARDIN, V. F.; ALVES, A. R. **Desenvolvimento territorial: Olhares contemporâneos**. Londrina. Ed. Mecenaz, 2019. (Capítulos 1 e 3) Disponível em: http://www.ppgdts.ufpr.br/?page_id=841. Acesso em: 03/05/2021.

DEWES, F. **Dicionário de Desenvolvimento Regional e temas correlatos**. Marcos Paulo Dhein Gribeler, organizador. 2 ed. rev. e ampl – Uruguaiana, RS: Ed. Conceito, 2021.

DIAS, D. de S.; SANTOS, E. H.; ARANHA, A. V. S. Contribuições da ergologia para a análise da atividade de trabalho docente. **Revista Eletrônica de Educação**, v. 9, n. 1, p. 211-227, 2015.

DIAS, R.; MATOS. **Políticas Públicas: princípios, propósitos e processos**. São Paulo: Ed. Atlas, 2012.

DIAS, A. C. B.; CHAVEIRO, N.; PORTO, C. C. Qualidade de vida no trabalho de fisioterapeutas docentes no município de Goiânia, Goiás, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**. v 23 (9), Set, 2018.

DIAS, J.; DUSMANN JUNIOR, M.; COSTA, M. A. R.; FRANCISQUETI, V.; HIGARASHI, I. H. Prática de atividade física em docentes do ensino superior: foco na qualidade de vida. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, vol. 21, núm. 4, p. 1-6, 2017.

DIEHL, L.; MARIN, A. H. **Adoecimento mental em professores brasileiros: Revisão Sistemática da Literatura**. Estudos Interdisciplinares em Psicologia, Londrina, v. 7, n. 2, p. 64-85, dez. 2016.

DINIZ, D. P. **Guia de Qualidade de Vida: Saúde e Trabalho**. São Paulo; Editora Manole, 2013.

DJOURS, C. Entre o desespero e a esperança: como reencantar o trabalho. **Rev. CULT**, São Paulo, v. 139, n.12, p. 49-3, 2009.

SANTOS, S. V. M. dos.; GALLEGUILLOS, P. E. A.; TRAJANO, J. D. S. **Saúde do trabalhador**. Porto Alegre: Grupo A, 2019.

FERNANDES, I. F. **Desafios metodológicos das políticas baseadas em evidências**. Ed. IOLE, Boa Vista, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.5281/zenodo.6063897>. Acesso 16 março de 2022.

FERNANDES, M. H; ROCHA, V. M.; FAGUNDES, A. A. R. Impacto da Sintomologia osteomuscular na QV de professores. **Rev Brasileira Epidemiológica**, 14 (2): 276-84, 2011. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/cid-64385>. Acesso em: 10/05/2022.

FERREIRA, J. M.; CAMPOS, N. F.; BASSI, I. B.; SANTOS, M. A. R.; TEIXEIRA, L. C.; GAMA, A. C. C. Análise dos aspectos de Qualidade de Vida em voz em professores após alta fonoaudiológica: estudo longitudinal. **CoDAS**; 25(5):486-91, 2011.

FERREIRA, R. C.; SILVEIRA, A. P.; SÁ, M. A. B.; FERES, S. B. L.; SOUZA, J. G. S.; MARTINS, A. M. E. B. L. Transtorno mental e estressores no trabalho entre professores universitários da área da saúde. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 1, p. 135-155, 2015.

FERREIRA, L. **Saúde Emocional do Professor**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Litteris Editora, 2019.

FERREIRA, M. C. **Qualidade de Vida no Trabalho**: uma abordagem centrada no olhar do trabalhador. 2. ed. Brasília: Paralelo, 2012.

FIGUEIRA JÚNIOR, A.; FERREIRA, M. B. R. Qualidade de Vida e Desenvolvimento Sustentável Mundial: Perspectivas para a sobrevivência. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, ano III, nº7, jan/mar 2006 (p. 82-92).

FLECK, M. P. de A. (Org.). **A avaliação de qualidade de vida**: guia para profissionais da saúde. Porto Alegre: Artmed, 2008.

FONTE, F. de M. **Políticas públicas e direitos fundamentais**. 2ª edição. São Paulo: Editora Saraiva, 2015.

FRANÇA, A. C. L.; RODRIGUES, A. L. **Stress e trabalho**: uma abordagem psicossomática, 4ª edição. São Paulo: Ed. Atlas, 2013. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788522464517/>. Acesso em: 27 jan. 2022.

FREIRE, C.; ARAÚJO, D. P. D. **Política Nacional de Saúde - Contextualização, Programas e Estratégias Públicas Sociais**. São Paulo: Editora Saraiva, 2015.

FURTADO, C. **Criatividade e Dependência na civilização Industrial**. São Paulo: Companhia das Letras, 2008. (caps 2 e 4)

GALDINO, M. J.; MARTINS, J. T; ROBAZZI, M. L.; PELLOSO, S. M.; BARRETO, M. F.; HADDAD, M. C. Burnout, workaholism e qualidade de vida entre docentes de pós-graduação em enfermagem. **Acta Paul Enferm**, 2021.

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. **Métodos de Pesquisa**. coordenado pela Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS e pelo Curso de Graduação Tecnológica – Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS. – Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. Editora Atlas, 4ªed. São Paulo, 2002.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6 ed. São Paulo: Editora Atlas, 2008.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. - 5. ed. - São Paulo : Atlas, 1999.

GOMES, M. T. S. **O Debate sobre a reestruturação produtiva no Brasil**. RA'EGA. V. 21, 2011 (p. 51-77). Curitiba, Departamento de Geografia UFPR. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/raega/article/view/21231>. Acesso: 03/09/2020.

GOMES, K. K.; SANCHEZ, H. M.; SANCHEZ, G. M.; SBROGGIO JÚNIOR, A. L.; ARANTES FILHO, W. M.; SILVA, L. A.; BARBOSA, M. A.; PORTO C. C. Qualidade de vida e qualidade de vida no trabalho em docentes da saúde de uma instituição de ensino superior. **Rev Bras Med Trab**.V 15(1):18-28, 2017.

GOMEZ, C. M.; VASCONCELLOS, L. C. F.; MACHADO, J. M. H. Saúde do trabalhador: aspectos históricos, avanços e desafios no Sistema Único de Saúde. **Rev. Ciências e Saúde Coletiva**. 23 (6): p. 1963 – 1970; Jun. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04922018>. Acesso: 26 Out. 2022.

HASSUIKE, A. M. A.G.; LIMA, D. F; ABREU, E. F.; SOUSA, G. M. C. Mal-Estar docente: quando a prática compromete a saúde do professor. **REVASF**, Petrolina, PE, v. 2, n. 2, p. 44-54, dez. 2013. Disponível em: <http://periodicos2.univasf.edu.br/index.php/revasf/article/view/199/169>. Acesso em: 22 out. 2019.

KOETZ, L.; REMPEL, C.; PÉRICO, E. Qualidade de vida de professores de instituições de ensino superior comunitárias do Rio Grande do Sul. **Ciência & Saúde Coletiva**, 18(4):1019-1028, 2013.

KORN, G. P.; PARK, S. W.; PONTES, A. A. L.; PONTES, P. Vocal Symptoms and Associated Risk Factors between male and female university teachers. **International Archives of Otorhinolaryngology** Vol. 22 No. 3/2018.

REIS JÚNIOR, D. R. dos. **Qualidade de vida no trabalho**: construção e validação do questionário QWLQ-78. 2008. 114 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Programa de Pós Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Tecnológica Federal do Paraná, Ponta Grossa.

LAGO, R. R; CUNHA, B. S.; BORGES, M. F. S. O. Percepção do trabalho docente em uma universidade da região norte do Brasil. **Rev. Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 13 n. 2, p. 429-450, maio/ago. 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sip00049>. Acesso em: 10/05/2022.

LIBERATTI VM, MARTINS JT, RIBEIRO RP, SCHOLZE AR, GALDINO MJQ, TREVISAN GS. Qualidade de vida na concepção de docentes de Enfermagem

aposentadas por uma Universidade Pública. **Cienc Cuid Saude**; 15(4): 655-661, Out/Dez, 2016.

LIPP, M. E. N. **O stress do professor**. Ed. Campinas, SP: Papirus, 5ªed. 2007.

LORENZETTI, L.; DOMICIANO, T. D.; GERALDO, A. P. A utilização do software QDA miner lite nas pesquisas que utilizam a análise textual discursiva. **Revista Pesquisa Qualitativa**, v. 8, n. 19, p. 971–990, 22 dez. 2020.

MARCHESI, Á. **O bem-estar dos professores: competências, emoções e valores**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

MARTINELLO, JG; LAURIS, JRP e BRASOLOTTO, AG. Psychometric assessments of life quality and voice for teachers within the municipal system, in Bauru, SP, Brazil. **J. Appl. Oral Sci.** 19 (6) • Dec 2011.

MEIRA, TRM; CARDOSO, JP; VILELA, ABA; AMORIM, CR; ROCHA, SV; ANDRADE, NA e FREIRE, DS. Percepções de professores sobre trabalho docente e repercussões sobre sua saúde. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, 27(2): 276-282, abr./jun., 2014.

MENDES, R. A.; LEITE, N. **Ginástica Laboral: Princípios e Aplicações Práticas**. Barueri, SP: Editora Manole, 2012.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de Vida e Saúde: um debate necessário. **Rev. Ciências e Saúde Coletiva**, 5 (1): 7-18, 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Biblioteca virtual em Saúde - BVS**. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/>. Acesso em Jan a Maio de 2022.

MOREIRA, A.S.G.; SANTINO, T.A.; TOMAZ, A. F. Qualidade de Vida de Professores do Ensino Fundamental de uma Escola da Rede Pública. **Rev. Ciência e Trabalho**. N.58, p.20-25, Abril 2017.

MOREIRA, D. Z.; RODRIGUES, M. B. Saúde mental e trabalho docente. **Estudos de Psicologia**, 23(3): 236-247, jul/set. 2018.

MORIMOTO, J. M; DONADONE, V. S; PIRES, K. R e CHAUD, D. M. A. Qualidade de vida de professores da área da saúde de uma universidade em São Paulo. **Hig. Alimentar**. 30(252/253): 13-21, Fev. 2016.

MOYSES, S. T.; SÁ, R. F. de. Planos locais de promoção da saúde: intersectorialidade(s) construída(s) no território. **Ciência & Saúde Coletiva**, 19(11):4.323-4.329, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n11/1413-8123-csc-19-11-4323.pdf>. Acesso 20/03/2021.

NAHAS, M. V. **Atividade Física, Saúde e Qualidade de Vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo**. 7. ed. Florianópolis, Ed. do Autor, 2017.

NETTO, J. P.; BRAZ, M. **ECONOMIA POLÍTICA: Uma introdução crítica**. São Paulo: Cortez, 2006.

NOGUEIRA, L. P. C.; SILVA, J. F.; BUENO, R. E.; LIMA, S. S.; LOVERA, A. R.; PINAS, S. B.; BARBOSA, A. C.; RIBEIRO, J. R. E. **Ações de promoção da saúde do PET-Saúde Interprofissionalidade no grupo das professoras do ensino básico de Paranaguá-PR.** In: Anais do Simpósio interprofissional: 1ª Mostra de Vivências PET Interprofissionalidade e Práticas Colaborativas no SUS. v. 9, n. Supl.1, 2020. Disponível em: <http://www.periodicos.unc.br/index.php/sma/article/view/3390>. Acesso em: 17 mar. 2021.

NOGUEIRA, B. F.M. e MEDEIROS, A. M. Comportamento vocal e condições de trabalho de professores após fonoterapia para tratamento de disfonia comportamental. **Audiology Communication Research**, V 23:e2061, 2018.

NÓVOA, A. (Org.); HAMELINE, D.; SACRISTÁN, J. G.; ESTEVE, J.; WOODS, P.; CAVACO, M. H. **Profissão professor**. Porto: Editora Porto, p. 15 -31, 1999.

NUNES, M. F. O.; HUTZ, C. S.; PIRES, J. G.; OLIVEIRA, C. M. Subjective Well-Being and Time Use of Brazilian PhD Professors. **Paidéia**, sep-dec. 2014, v. 24, N. 59, 379-387. Disponível em: doi - 10.1590/1982-43272459201412. Acesso em: 19/10/2022.

OLIVEIRA, D. A. A reestruturação do trabalho docente: precarização e flexibilização. **Educação e Sociedade**, Campinas, v. 25, n. 89, p. 1127-1144, Set/ dez. 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/es/v25n89/22614>. Acesso em: 09/06/2020.

OLIVEIRA, J. A. P. **Desafios do planejamento em políticas públicas: diferentes visões e práticas.** RAP, Rio de Janeiro, 40 (1): 273-288, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rap/v40n2/v40n2a06.pdf>. Acesso em: 10/03/2022.

NOGUEIRA, BFM e MEDEIROS, AM. Comportamento vocal e condições de trabalho de professores após fonoterapia para tratamento de disfonia comportamental. **Audiology Communication Research**, V 23:e2061, 2018.

NUNES, MFO *et al.* Subjective Well-Being and Time Use of Brazilian PhD Professors. **Paidéia**, Vol. 24, No. 59, 379-387, sep-dec. 2014.

PASQUALETO, O. Q. F. **Proteção da Saúde e Segurança do Trabalhador:** Influência do Direito Internacional. 1º Ed. São Paulo: Grupo Almedina (Portugal), 2021.

PECQUEUR, B. O desenvolvimento territorial: Uma nova abordagem dos processos de desenvolvimento para as economias do sul. **Raízes**, v. 24, n. 1 e 2, p. 10-22, 2005. Disponível em: <https://desenvolvimentoareasperifericasblog.files.wordpress.com/2016/03/desenvolvimento-territorial-pecqueur.pdf>. Acesso 08 abr. 2022.

PEDROSO, B.; PILATTI, L. A.; GUTIERREZ, G. L.; PICININ, C. T. Cálculo dos escores e estatística descritiva do WHOQOL-bref através do Microsoft Excel.

Revista Brasileira de Qualidade de Vida. Ponta Grossa, v. 2, n. 1, p. 31-36, jan./jun. 2010.

PEDROSO, B. **Desenvolvimento do TQWL-42: um instrumento de avaliação da qualidade de vida** (Dissertação). Ponta Grossa: Universidade Tecnológica Federal do Paraná, 2010.

PEDROSO, B.; PILATTI, L. A. **Motivação e trabalho: análise do modelo de qualidade de vida no trabalho de Hackman e Oldham.** Rev. Brasileira de Qualidade de Vida, v.01; n.02; p. 08-15; jul/dez 2009.

PEREIRA, P. A. P. **Discussões conceituais sobre política social como política pública e direito de cidadania.** p. 87-108. In: Boschetti, Ivanete *et al.* Política Social no Capitalismo – Tendências Contemporâneas. São Paulo, Cortez, 2008.

PEREIRA, É.F.; TEIXEIRA, C.S. e LOPES, A.S. Qualidade de vida de professores de educação básica do município de Florianópolis, SC, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 18(7):1963-1970, 2013.

PEREIRA, E.F.; TEIXEIRA, C.S.; ANDRADE, R.D. e LOPES, A.S. O trabalho docente e a qualidade de vida dos professores da educação básica. **Rev. salud pública.** V. 16 (2): 221-231, Abril, 2014.

PIZOLATO, R. A.; REHDER, M.I.B.C.; MENEZES, M.C.; AMBROSANO, G.M.B.; MIALHE, F.L. e PEREIRA, A.C. Impact on quality of life in teachers after educational actions for prevention of voice disorders: a longitudinal study. **Health Qual Life Outcomes.** V 27;11-28, Feb, 2013.

PRADO, RL; PRADO, RL; BASTIANINI, ME; CAVALLERI, MZ; RIBEIRO, SFR; PIZI, ECG; MARSICANO, JA. Avaliação da síndrome de Burnout em professores universitários. **Revista da ABENO**, 17(3):21-29, 2017.

PRISMA. Transparent Reporting of Systematic Reviews and Meta-Analyses. **PRISMA Flow Diagram.** Disponível em: <http://prismastatement.org/prismastatement/FlowDiagram.aspx>. Acesso em: 25/01/2022.

POZZATTI, M; VENTORIM, S; SANTOS, W e NETO, A. F. Condições de trabalho, tempo de carreira e dimensões da saúde de professores de Educação Física do Espírito Santo. **Motrivivência** v. 27, n. 46, p. 99-118, dezembro/2015.

RODRIGUES, M. A. P. **Sufrimento Psíquico e trabalho docente: Representações Sociais.** Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, 2008. Disponível em: http://uece.br/cmasp/dmdocuments/mariaauxiliadora_2008.pdf. Acesso em 06/01/2021.

SACHS, W. **Dicionário do desenvolvimento:** guia para o conhecimento como poder. Petrópolis: Vozes, 2000. (cap. Desenvolvimento).

SALGUEIRO, M.M.H.A.O.; FREITAS, B.A.; SILVA, K.G.; FURGÊNCIO, G.K.; PORTES, L.A.; KUTZ, N.A. Qualidade de vida e avaliação antropométrica de professores de uma rede privada de ensino. **Acta Fisiatr.** V25(2):63-68, 2018.

SANCHEZ, H.M.; SANCHEZ, E.G.M.; BARBOSA, M.A.; GUIMARÃES, E.C.; PORTO, C.C. Impacto da saúde na qualidade de vida e trabalho de docentes universitários de diferentes áreas de conhecimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, 24(11):4111-4122, 2019.

SANTOS, E.C.; ESPINOSA, M.M.; MARCON, S.R. Qualidade de vida, saúde e trabalho de professores do ensino fundamental. **Acta Paulista de Enfermagem**; v 33, 2020.

SAQUET, M. A.; SILVA, S. S. **MILTON SANTOS: concepções de geografia, espaço e território.** Geo UERJ - Ano 10, v.2, n.18, p. 24-42; 2º sem. 2008.

SAQUET, M. A. **Abordagens e concepções de território e territorialidade.** Revista Geográfica de América Central, Número Especial EGAL, p. 1-16; 2011.

SANTOS, E.C.; ESPINOSA, M. M.; MARCON, S. R. **Qualidade de vida, saúde e trabalho de professores do ensino fundamental.** Acta Paul Enferm, 33: 1-8, 2020.

SATRÚSTEGUI, K. U. Desenvolvimento, Subdesenvolvimento, mau-desenvolvimento e pós-desenvolvimento: um olhar transdisciplinar sobre o debate e suas implicações. **Revista Perspectivas do Desenvolvimento (RPD)**; 1ª ed; nº1; p. 34-69, 2013.

SANTOS, M. 1926-2001. **A Natureza do Espaço: Técnica e Tempo, Razão e Emoção** / Milton Santos. - 4. ed. 2. reimpr. - São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2006.

SCANDOLARA, T. B.; WIETZIKOSKI, E. C.; GERBASI, A. R. V.; SATO, S. W. Avaliação dos níveis de estresse e depressão em professores da rede pública do município de Francisco Beltrão - PR. **Arq. Cienc. Saúde UNIPAR**, Umuarama, v. 19, n. 1, p. 31-38, jan./abr. 2015.

SEN, A. K. **Desenvolvimento como liberdade.** São Paulo: Companhia das Letras, 2000. (Introdução, cap. 1 e 2 p. 11-63)

SEVERINO, A. J. **Metodologia do Trabalho Científico.** São Paulo: Cortez, 2007

SILVA, C. M.; FERREIRA, M. C. **Dimensões e Indicadores da Qualidade de Vida e do Bem-Estar no Trabalho.** Psicologia: Teoria e Pesquisa. v. 29 n. 3, p. 331-339. Brasília, Jul-Set, 2013.

SILVA, J. L. L.; PEREIRA, L. C. L.; SANTOS, M. P.; BORTOLAZZO, P. A. A. B.; RABELO, T. G. S.; MACHADO, E. A. Prevalência da Síndrome de Burnout entre professores da escola estadual em Niterói, Brasil. **Rev. Electrónica Enfermería Actual em Costa Rica (REVENF)**. Ed. semestral nº 34, Jun 2017.

SILVA, L. G.; SILVA, M. C. Condições de trabalho e saúde de professores pré-escolares da rede pública de ensino de Pelotas, RS, Brasil. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**. 18 (11): 3137-3146, 2013.

SILVA, K. G. ; FREITAS, BA; FURGÊNCIO, G. K.; PORTES, L. A.; KUTZ, N. A.; SALGUEIRO, M. M. H. A. O. Relationship between the quality of life and food consumption of teachers from private network. **Rev Fun Care Online**. v 9(4): p. 962-970, out/dez, 2017.

SILVA, L.C.S.; LIMA, N.M.V.; SANTANA, L.A. Convivência escolar, qualidade de vida e flexibilidade de professores de uma escola pública do Distrito Federal. **Rev. Fisioterapia Brasil**. v. 17(2): 99-106; 2016.

SOLHA, R. K. de T. **Sistema Único de Saúde - Componentes, Diretrizes e Políticas Públicas**. 1ª ed. São Paulo: Saraiva, 2014.

SOUSA, L. M. M. D.; MINICHELLO, M. M. **Saúde Ocupacional**. 1ª Ed. São Paulo: Editora Saraiva, 2014.

SOUSA, A.R.; SANTOS, R.B.; SILVA, R.M.; SANTOS, C.C.T.; LOPES, V.C.; MUSSI, F.C. Estresse ocupacional e qualidade do sono em docentes da área da saúde. **Rev Rene**. V19:e33088, 2018.

SOUZA, J. C e COSTA, D. S. Qualidade de vida de uma amostra de profissionais de Educação Física. **J Bras Psiquiatr.**, v. 60(1):23-27, 2011.

SOUZA, C. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. **Sociologia**, Porto Alegre, ano 8, nº 16, Jul/Dez 2006, p. 20-45.

TAVARES, D.D.F.; OLIVEIRA, R.A.R.; MOTA JÚNIOR, R.J.; OLIVEIRA, C.E.P; MARINS, J.C.B. Qualidade de vida de professoras do ensino básico da rede pública. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, 28(2): 191-197, abr./jun., 2015.

TONET, I. **Método científico: uma abordagem ontológica**. São Paulo: Instituto Luckács, 2013.

TUDE, J. M.; FERRO, D.; SANTANA, F. P. **Gestão de Políticas Públicas**. 1ª ed. Curitiba, PR: IESDE Brasil S/A., 2015.

VEDOATO, T.; PEDRO, D.R.C.; GALDINO, M.J.Q.; ARONI, P.; RADOVANOVIC, C.A.T.; MARTINS, J.T.; HADDAD, M.C.F.L. Associação entre workaholism e qualidade de vida em docentes de pós-graduação stricto sensu em enfermagem. **Rev Bras Enferm**. V 74(2):e20190901, 2021.

VEIGA, R.F.; AFONSO, M.R.; FARIAS, G.O.; SINOTT, E.C.; RIBEIRO, J.A.B. Qualidade de Vida no Trabalho: Contexto de atuação profissional e carreira docente. **Pensar a Prática**, Goiânia, v. 20, n. 2, abr./jun. 2017.

WILBERSTAEDT, I.O.S.; VIEIRA, M.G.M.; SILVA, Y.F. Saúde e Qualidade de vida: discursos de docentes no cotidiano de uma escola pública de Santa Catarina. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 219-238, 2016.

ZAMBON, F; MORETI, F; VARGAS, ACT; BEHLAU, M. Eficiência e valores de corte do Perfil de Participação e Atividades Vocais para não professores e professores. **CoDAS**, 27(6):598-603, 2015.

APÊNDICE A

PESQUISAS INCLUÍDAS NA REVISÃO INTEGRATIVA

Nº	AUTORES/PRODUÇÃO/ANO	OBJETIVO	MÉTODOS/AMOSTRA	INSTRUMENTO UTILIZADO	PRINCIPAIS RESULTADOS
1	FERNANDES, M H; ROCHA, V M e FAGUNDES, A A R. Impacto da Sintomologia osteomuscular na QV de professores. 2011	Verificar o impacto da sintomatologia osteomuscular na QV dos professores da rede municipal de ensino de Natal/RN.	Pública/ Descritiva-analítica com corte transversal/ 242 docentes do ensino básico	Whoqol-breve e questionário Nórdico	Domínio físico com maior escores: osteomuscular
2	FERREIRA, J M et al. Análise dos aspectos de Qualidade de Vida em voz em professores após alta fonoaudiológica: estudo longitudinal. 2011	Avaliar os efeitos em longo prazo da fonoterapia na QV de professores que alta ou abandonaram o tratamento fonoaudiológico para disfonia.	Pública/ Estudo longitudinal/ 53 docentes do ensino básico	PPAV (Perfil de participação e atividades vocais)	Disfonia da voz (fadiga, cansaço e ardência ao falar e rouquidão)
3	SOUZA, J C e COSTA, D S. Qualidade de vida de uma amostra de profissionais de educação física. 2011	Avaliar os aspectos associados à QV de professores do ensino básico da rede pública de Viçosa-MG, buscando relações com a classe econômica.	Pública/ Quantitativo e corte-transversal/ 200 docentes do ensino básico	(SF-36)	Capacidade funcional, dor, aspectos sociais e emocionais em professores/as que estão a mais tempo atuando.
4	KOETZ, L; REMPEL, C e PÉRICO, E. Qualidade de vida de professores de instituições de ensino superior comunitárias do Rio Grande do Sul. 2013	Investigar a QV de docentes de instituições de ensino superior comunitárias não confessionais, com mais de 40 anos de atuação e com mais de dez mil alunos no Rio Grande do Sul	Privada/ Quali-quantitativo e corte transversal/ 203 docentes do ensino superior	Whoqol-bref	Boa percepção de qualidade de vida em todos os domínios
5	MARTINELLO, JG; LAURIS, JRP e BRASOLOTTO, AG. Psychometric assessments of life quality and voice for teachers within the municipal system, in Bauru, SP, Brazil. 2011	Comparar a qualidade de vida dos distúrbios vocais nas diferentes dimensões da qualidade de vida vocal.	Pública/ Quali-quantitativo/ 97 docentes do ensino básico	voice-handicap Index/Índice de handicap vocal (VHI), Voice-Related Quality of Life/ Protocolo de qualidade de vida e voz (V-RQOL) e voice activity participation profile/ perfil de participação e atividade vocal (VAPP)	Alteração vocal, diferença significativa no escore VHI na dimensão física, VRQOL domínio funcionamento físico com desconforto na laringe impactando na comunicação.
6	CONCEIÇÃO, MRC et al. Qualidade de vida do Enfermeiro no trabalho docente: Estudo com o WHOQOL-Bref .2012	Verificar a qualidade de vida do enfermeiro docente que trabalha em instituição federal, estadual e privada e comparar os resultados entre os três grupos.	Pública e Privada/ Um estudo quantitativo do tipo transversal/ 38 docentes do ensino superior	Whoqol-bref	Insatisfação nas relações sociais e meio ambiente
7	BRUM, LMB et al. Qualidade de vida dos professores da área de Ciências em escola pública no Rio Grande do Norte. 2012	Analisar indicadores físicos e mentais de QV dos professores de ciências de uma escola pública localizada no interior do Rio Grande do Sul.	Pública/ Estudo epidemiológico de corte transversal/ 7 docentes do ensino básico	Self Reporting Questionnaire-20 (SRQ-20)	Desgastes físicos e emocionais. Baixo escores no Domínio físico
8	PEREIRA, ÉF; TEIXEIRA, CS e LOPES, AS. Qualidade de vida de professores de educação básica do município de Florianópolis, SC, Brasil 2013.	Investigar a percepção de QV e a contribuição dos diferentes domínios (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente) para a QV geral de professores de	Pública/ Quantitativo/ 349 docentes do ensino básico	Whoqol-bref	Baixo escores nos domínios meio ambiente e físico

		educação básica do município de Florianópolis (SC)				
9	DAMÁSIO, BF; MELO, RLP e SILVA, JP Sentido de vida, Bem-Estar Psicológico e qualidade de vida em professores escolares. 2013	Avaliar os índices de sentido de vida (SV), de bem-estar psicológico (BEP) e de QV em professores escolares, e observar como o SV poderia atuar como variável moderadora da relação entre o BEP e a QV geral.	Pública e Privada/ Descritiva, qualitativa e quantitativa/ 517 docentes do ensino básico	Whoqol-bref, QSG-12 (questionário de saúde geral) e PIL-Test-12 (teste de propósito de vida)	Índices negativos sentido da vida, QV e bem-estar psicológico	
10	PIZOLATO, RA et al. Impact on quality of life in teachers after educational actions for prevention of voice disorders: a longitudinal study. 2013.	Investigar o impacto de intervenções educativas em voz para professores na QV e voz.	Pública/ Estudo de intervenção longitudinal 70 docentes do ensino básico	Voice-Related Quality of Life/ Protocolo de qualidade de vida e voz (V-RQOL)	Alto percentual de professores com queixa de sintomas de disfonia com rouquidão nos últimos 6 meses, fadiga vocal, pigarro frequente, voz grave e fraca (habito de gritar em sala, uso contínuo da voz)	
11	SILVA, LG e SILVA, MC. Condições de trabalho e saúde de professores pré-escolares da rede pública de ensino de Pelotas, RS, Brasil. 2013	Descrever as condições de trabalho e saúde de professores pré-escolares da rede pública de ensino da cidade de Pelotas, RS	Pública/ Estudo descritivo tipo censo/ 111 docentes do ensino básico	Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ), Self-Report Questionnaire (SRQ-20).	A prevalência de dor nas regiões lombar, torácica, pescoço e ombros, positividade para transtornos psiquiátricos menores.	
12	ALMEIDA, LNA et al. Características vocais e emocionais de professores e não professores com baixa e alta ansiedade. 2014	Comparar características vocais e emocionais em grupos de professores e não professores com baixa e alta ansiedade	Pública/ Descritiva e qualitativa/ 93 docentes do ensino básico	QSSV (questionário de sinais e sintomas vocais, QVV (questionário de qualidade de vida da voz e IDV (Índice de desvantagem vocal). SRQ-20 (Self-Report Questionnaire e IDATE (Inventário de ansiedade Traço-Estado)	Sintomas emocionais, comprometimento na qualidade de vida na voz	
13	PEREIRA, EF et al. O trabalho docente e a qualidade de vida dos professores da educação básica. 2014	Investigar alguns fatores relacionados com a QV de professores de educação básica do município de Florianópolis, SC, considerando as características do trabalho docente	Pública/ Descritiva, quantitativa/ 349 docentes do ensino básico	Whoqol-bref	Menores índices nos domínios físico e relações sociais	
14	MEIRA, TRM et al. Percepções de professores sobre trabalho docente e repercussões sobre sua saúde. 2014	Analisar as percepções de professores sobre o trabalho docente e as repercussões em sua saúde	Pública/ Qualitativa/ 12 docentes do ensino básico	Grupo focal e entrevista semiestruturada/ estudo qualitativo	Relatos dos professores apresentam alta demanda de atividade, sobrecarga física e mental, desvalorização profissional	
15	NUNES, MFO et al. Subjective Well-Being and Time Use of Brazilian PhD Professors, 2014.	Analisar o bem-estar subjetivo, as estratégias para uso do tempo e a satisfação com o uso do tempo em professores doutores com e sem bolsa produtividade pelo CNPq.	Pública/ Qualitativa descritiva/ 83 docentes do ensino superior	Escala para medir o bem-estar subjetivo e perguntas abertas e fechadas	Nível baixo de satisfação com o uso do tempo e com o equilíbrio entre dedicação ao trabalho e outras áreas da vida/ alta frequência de emoções negativas em relação a vida cotidiana	
16	TAVARES, DDF et al. Qualidade de vida de professoras do ensino básico da rede pública. 2015	Avaliar os aspectos associados à QV de professoras do ensino básico da rede pública de Viçosa-MG, buscando relações com a classe econômica.	Pública/ Descritivo e transversal/ 156 docentes do ensino básico	WHOQOL/breve	Escores menores em meio ambiente e psicológico	

17	FERREIRA, RC et al. Transtorno mental e estressores no trabalho entre professores universitários da área da saúde. 2015	Avaliar os efeitos em longo prazo da fonoterapia na QV de professoras que receberam alta ou abandonaram o tratamento fonoaudiológico para disfonía.	Privada/ Descritiva/ quantitativa/ 175 docentes do ensino superior	Whoqol-bref/Questionário internacional de atividades físicas - IPAQ/questionário de saúde geral - QSG-12	Prevalência de transtorno mental e no domínio físico
18	SCANDOLARA, TB et al. Avaliação dos níveis de estresse e depressão em professores da rede pública do município de Francisco Beltrão. 2015	Detectar a percentagem de professores da rede pública que apresentam altos níveis de estresse e depressão e alertá-los sobre os problemas decorrentes destas patologias.	Pública/ estudo prospectivo, experimental/ longitudinal/ 500 docentes do ensino básico	General Health Questionnaire (GHQ-12)/ Inventário de Beck	Grande número de professores com estresse psíquico
19	POZZATTI, M et al. Condições de trabalho, tempo de carreira e dimensões da saúde de professores de Educação Física do Espírito Santo. 2015	Compreender como o docente de Educação Física vem desenvolvendo seu trabalho nas escolas públicas de educação básica dos municípios investigados no Espírito Santo.	Pública/ quanti-qualitativo, de caráter descritivo e interpretativo/ 87 docentes do ensino básico	Questionário semiestruturado aberto e fechado	Adoecimento em professores de Educação Física iniciantes e problema com a voz
20	ZAMBON, F et al. Eficiência e valores de corte do Perfil de Participação e Atividades Vocais para não professores e professores. 2015	Identificar características de eficiência e valores de corte das dimensões do protocolo Perfil de Participação e Atividades Vocais – PPAV que discriminam disfônicos de indivíduos vocalmente saudáveis; verificar se a nota de corte permanece a mesma para uma amostra de professores	Pública/ Quantitativo/ 171 docentes do ensino básico	Perfil de Participação e Atividades Vocais – PPAV	Adoecimento vocal em professores e risco de adoecimento em não professores
21	LAGO, RR; CUNHA, BS e BORGES, MFSO Percepção do trabalho docente em uma universidade da região norte do Brasil. 2015	Conhecer a percepção da experiência do trabalho docente em cursos de saúde de uma universidade federal da região Norte do Brasil.	Pública/ Qualitativa/ 6 docentes do ensino superior	Entrevista semiestruturada	Percepção de saúde desgastada em aspectos psicoemocional/sobrecarga de trabalho que induz ao adoecimento.
22	CIELO, CA et al. Qualidade de vida em voz, avaliação e perceptivoauditiva e análise acústica da voz de professoras com queixas vocais. 2015	Correlacionar a QV em voz (QVV), avaliação vocal perceptivoauditiva e acústica de professoras com queixas vocais.	Pública/ Transversal, observacional, analítico e quantitativo/ 74 docentes do ensino básico	Protocolo qualidade de vida em voz (QVV)/ Consenso da Avaliação Perceptivoauditiva da Voz (CAPE-V)	Queixas vocais, alteração vocal com interferência na qualidade de vida/atividades diárias dos docentes
23	LIBERATTI, VM et al. Qualidade de vida na concepção de docentes de Enfermagem aposentadas por uma Universidade Pública. 2016	Descrever a concepção de aposentadoria com QV para docentes de enfermagem	Pública/ qualitativa/ 9 docentes do ensino superior	Elaborou-se um roteiro semiestruturado com questões abertas	Preocupação com: a Saúde, recursos financeiros, relacionamentos interpessoais, sentimento de sentir-se útil, poder cuidar de si e fazer planejamento
24	SILVA, LCS; LIMA, NMV e SANTANA, LA Convivência escolar, qualidade de vida e flexibilidade de professores de uma escola pública do Distrito Federal. 2016	Descrever a convivência no âmbito escolar, QV e flexibilidade de tronco e membro inferior de professores do ensino fundamental, séries finais de escola pública do DF	Pública/ Transversal, quantitativa e descritiva/ 41 docentes do ensino básico	WHOQOL-bref e banco de wells	Comprometimento no aspecto ambiental, baixa flexibilidade articular

25	MORIMOTO, JM et al. Qualidade de vida de professores da área da saúde de uma universidade em São Paulo. 2016	Avaliar a qualidade de vida de professores universitários da área da saúde de uma universidade particular da cidade de São Paulo	Privada/ transversal/ 91 docentes do ensino superior	Whoqol-bref	Boa Percepção da QV
26	WILBERSTAEDT, IOS; VIEIRA, MGM e SILVA, YF. Saúde e Qualidade de vida: discursos de docentes no cotidiano de uma escola pública de Santa Catarina. 2016	Conhecer as concepções sobre saúde, doença, QV e temas afins de docentes de uma escola pública de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2013	Pública/ Qualitativo e descritivo/ 6 docentes do ensino básico	Grupo focal e entrevista semiestruturada/ estudo qualitativo	Os docentes enfatizam a necessidade de participação dos pais e profissionais da saúde no processo de educação em saúde. As concepções dos docentes afirmam que a dimensão social sobressai à biológica e que o conhecimento e a valorização desses aspectos, na prática docente, podem ampliar as ações em saúde.
27	PRADO, RL et al. Avaliação da síndrome de Burnout em professores universitários. 2017	Avaliar a síndrome de Burnout entre os professores da graduação dos cursos da área da saúde.	Privada/ Descritivo e quantitativo 72 docentes do ensino superior	Maslach Burnout Inventory/Educators Survey (MBI-ES)	Síndrome de Burnout
28	VEIGA, RF et al. Qualidade de Vida no Trabalho: Contexto de atuação profissional e carreira docente. 2017	Analisar os aspectos intervenientes da QV de professores de Educação Física	Pública/ descritiva e quantitativa/ 94 docentes do ensino básico	Avaliação da qualidade de vida no trabalho percebida por professores de Educação Física do ensino fundamental e médio (QVT-PEF)	Insatisfação com o espaço de trabalho e remuneração
29	GOMES, KK et al. Qualidade de vida e qualidade de vida no trabalho em docentes da saúde de uma instituição de ensino superior. 2017	Avaliar a QVT e a QV dos docentes universitários área da saúde em uma instituição de ensino superior (IES), verificar a correlação entre a QV e a QVT nos docentes da IES, comparar a QV e a QVT entre os docentes com regimes laborais distintos e também entre os docentes de sexos opostos.	Pública/ observacional descritivo de corte transversal e quantitativo/ 114 docentes do ensino superior	Total Quality of Work Life (TQWL-42); WHOQOL-abreviado	QV geral menor nas docentes mulheres do que nos homens, físico e psicológico/aspectos recursos financeiros e benefícios extras, foi constatada uma insatisfação.
30	MOREIRA, ASG; SANTINO, TA e TOMAZ, AF. Qualidade de vida de professores do ensino fundamental de uma escola da rede pública. 2017.	Avaliar a QV dos professores do ensino fundamental de uma escola da rede pública brasileira	Pública/ Transversal/ 26 docentes do ensino básico	SF-36	Escore mínimo estado geral de saúde, escore máximo para domínio capacidade funcional, dores nas costas
31	SILVA, JLL et al. Prevalência da Síndrome de Burnout entre professores da Escola Estadual em Niterói, Brasil. 2017	Descrever a prevalência da Síndrome de Burnout entre os professores da Escola Estadual em Niterói, Brasil	Pública/ Quantitativo e descritivo/ 52 docentes do ensino básico	Maslach Burnout Inventory (MBI)	Prevalência significativa da Síndrome de Burnout entre os professores - alerta nas condições de trabalho e saúde mental.
32	AMARAL, GA; BORGES, AL e JUIZ, APM. Organização do trabalho, prazer e sofrimento de docentes públicos federais. 2017	Compreender a relação entre organização do trabalho e as vivências de prazer e sofrimento de docentes de um campus de interior de uma universidade federal a partir	Pública/ Caráter descritivo/ 5 docentes do ensino superior	Entrevista semiestruturada	Constatou-se que dentre os fatores de prazer no trabalho se destacam: as atividades de ensino e as relações interpessoais com os alunos - questões ligadas as atividades de pesquisa,

		da análise psicodinâmica do trabalho.			
					reconhecimento da comunidade científica. As vivências de sofrimento no trabalho referem-se às seguintes situações: falta de infraestrutura, sobrecarga por atividades administrativas, conflitos interpessoais e mal-estar em relação à condução da gestão.
33	DIAS, J et al. Prática de atividade física em docentes do ensino superior: foco na qualidade de vida. 2017	Investigar a prática de atividade física em docentes universitários com foco na QV	Pública/ Transversal/ 121 docentes do ensino superior	Questionário breve para a medida de atividade física habitual em estudos epidemiológicos', criado por Baecke Burema e Frijters, adaptado para o presente estudo	O estudo evidenciou que os docentes apresentam-se em situação de risco, como sobrepeso e obesidade prejudicando na QVT.
34	SILVA, KG et al. Relationship between the quality of life and food consumption of teachers from private network. 2017	Relacionar a qualidade de vida e o consumo alimentar de professores de rede privada	Privada/ Transversal/ 107 docentes do ensino básico	2 questionários autoaplicáveis (socioeconômico e aspectos de saúde - qualidade de vida e consumo alimentar)	A maioria dos professores apresentam boa QV e ingestão alimentar saudável contribuindo para a promoção da saúde e refletindo em uma melhor QV.
35	NOGUEIRA, BFM e MEDEIROS, AM. Comportamento vocal e condições de trabalho de professores após fonoterapia para tratamento de disfonia comportamental. 2018	Verificar as mudanças de hábitos vocais e na percepção do ambiente de trabalho dos professores com disfonia comportamental, após participação no Programa Integral de Reabilitação Vocal	Pública/ Transversal, descritiva/ 25 docentes do ensino básico	Questionário semiestruturado	Disfonia da voz (fadiga, cansaço e ardência ao falar e rouquidão).
36	SOUSA, AR et al. Estresse ocupacional e qualidade do sono em docentes da área da saúde. 2018	Analisar a relação entre estresse ocupacional e qualidade do sono em docentes da área da saúde.	Privada/ Transversal/ 19 docentes do ensino superior	Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh/ Escala de Estresse no Trabalho	Baixo nível de estresse e baixa qualidade do sono.
37	SALGUEIRO, MMHAO et al. Qualidade de vida e avaliação antropométrica de professores de uma rede privada de ensino. 2018	Avaliar a associação entre a QV e parâmetros antropométricos e de docência, de professores de uma rede privada de ensino de São Paulo	Privada/ transversal descritivo/ 107 docentes do ensino básico	Whoqol-bref	Boa Percepção da QV - tempo de docência relacionada significativamente ao IMC
38	DIAS, ACB; CHAVEIRO, N e PORTO, CC. Qualidade de vida no trabalho de fisioterapeutas docentes no município de Goiânia, Goiás, Brasil. 2018	Avaliar a QV no trabalho de fisioterapeutas docentes de cursos de fisioterapia no município de Goiânia-GO.	Privada/Pública/ Estudo transversal, quantitativo/ 65 docentes do ensino superior	TQWL-42	Boa Percepção da QV no trabalho, satisfação com a renda e atividade docente e posicionamento social.
39	MOREIRA, DZ e RODRIGUES, MB. Saúde mental e Trabalho docente. 2018	Examinar causas do absenteísmo por doença de professores em um município do Rio Grande do Sul.	Pública/ Documental, quantitativo/ 8 docentes do ensino básico	Entrevista semiestruturada e prontuários dos professores	Constatou-se que 50% dos professores esteve afastado do trabalho por transtornos mentais e comportamentais, segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID-10), principalmente transtornos depressivos leves e graves.
40	KORN, GP et al. Symptoms and Associated Risk Factors between male and female university teachers. 2018	Comparar os sintomas vocais e os fatores de risco entre professores universitários do sexo masculino e	Privada/ Transversal/	Formulário de autoavaliação da voz, elaborado pelo ministério do trabalho no Brasil. Prevalência nas mulheres	Percepção docente de rouquidão, desconforto no trato vocal, cervicalgia e sensação de corpo estranho

		feminino de uma instituição privada da cidade de São Paulo.	846 docentes do ensino superior			
41	SANCHEZ, HM et al. Impacto da saúde na qualidade de vida e trabalho de docentes universitários de diferentes áreas de conhecimento. 2019	Identificar o impacto da saúde na qualidade de vida (QV) e qualidade da vida profissional (QVT) de professores universitários.	Pública/ Descritivo e transversal/ 284 docentes do ensino superior	Whoqol-bref e TQWL-42	Desgastes físicos, mentais e emocionais	
42	FILHO, IMM et al. Associação de estresse ocupacional e uso de psicotrópicos por docentes da área da saúde. 2019	Analisar a associação entre o nível de estresse ocupacional e uso de psicotrópicos por docentes da área de saúde	Privada/ transversal, analítico e quantitativo/ 48 docentes do ensino superior	EET (escala de estresse no trabalho) e questionário sobre o uso de psicotrópicos	Alto nível de estresse ocupacional	
43	ALVES, PC; OLIVEIRA, AF e PARO, HBMS. Quality of life and burnout among faculty members: How much does the field of knowledge matter? 2019	Avaliar o impacto do burnout na QV de professores membros de diversas áreas do conhecimento.	Pública/ Estudo transversal/ 366 docentes do ensino superior	Instrumento de burnout Oldenburg Burnout Inventory-OLBI e instrumento de QV World Health Organization Quality of Life-Abbreviated version-WHOQOL-Bref	Alta queixa de sofrimento de burnout, as mulheres estavam mais exaustas do que os homens, percepção de precisar de mais tempo para relaxar após o trabalho/mulheres apresentaram escores menores nos domínios saúde física, psicológica e relações sociais em relação aos homens.	
44	SANTOS, EC; ESPINOSA, MM e MARCON, SR. Qualidade de vida, saúde e trabalho de professores do ensino fundamental. 2020	Avaliar a QV de professores do ensino fundamental e comparar com fatores sociodemográficos, situação funcional, distúrbios de voz, transtornos mentais comuns e sintomas osteomusculares.	Pública/ Estudo transversal/ 326 docentes do ensino básico	WHOQOL-bref, Condição de produtividade vocal do professor (CPV-P) Índice de Triagem de Distúrbio de Voz (ITDV);(20) o SelfReporting Questionnaire (SRQ-20);(21,22) e o Nordic Musculoskeletal Questionnaire (NMQ).	Menores escores no domínio meio ambiente; presenças de distúrbio de voz, transtorno mental comum e queixa de sintoma osteomuscular afetam a qualidade de vida dos professores ao apresentar diferenças significativas para a maioria dos domínios e nas percepções de saúde e QV.	
45	GALDINO, MJQ et al. Burnout, Workaholism e qualidade de vida entre docentes de pós-graduação em Enfermagem. 2021	Verificar a associação do burnout com workaholism e QV entre docentes de mestrado e/ou doutorado em enfermagem	Pública/ Transversal, descritivo e quantitativo/ 368 docentes do ensino superior	Maslach Burnout Inventory - human Services Survey (MBI-HSS); Workaholism pela Dutch Work Addiction Scale (DUWAS) e Woqol-bref	Síndrome de Burnout, Workaholism	
46	VEDOATO, T et al. Associação entre workaholism e qualidade de vida em docentes de pós-graduação stricto sensu em enfermagem. 2021	Investigar a associação entre o workaholism e a QV em docentes de pós-graduação stricto sensu em Enfermagem	Pública/ Transversal quantitativo/ 333 docentes de pós-graduação	WHOQOL-Bref/ workaholism, foi utilizada a Dutch Work Addiction Scale (DUWAS)	Baixa percepção de QVT no domínio meio ambiente. Influência negativa do trabalho excessivo e compulsivo.	

ANEXO 1

DOCUMENTO OFICIAL COMPLETO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA (PNSTT)

PORTARIA Nº 1.823, DE 23 DE AGOSTO DE 2012

Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.

O MINISTRO DO ESTADO DA SAÚDE, no uso da atribuição que lhe confere o inciso II do parágrafo único art. 87 da Constituição, e

Considerando que compete ao Sistema Único de Saúde (SUS) a execução das ações de saúde do trabalhador, conforme determina a Constituição Federal;

Considerando o papel do Ministério da Saúde de coordenar nacionalmente a política de saúde do trabalhador, conforme o disposto no inciso V do art. 16 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990;

Considerando o alinhamento entre a política de saúde do trabalhador e a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST), instituída por meio do Decreto nº 7.602, de 7 de novembro de 2011;

Considerando a necessidade de implementação de ações de saúde do trabalhador em todos os níveis de atenção do SUS; e

Considerando a necessidade da definição dos princípios, das diretrizes e das estratégias a serem observados nas três esferas de gestão do SUS no que se refere à saúde do trabalhador, resolve:

Art. 1º Fica instituída a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.

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.

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

Parágrafo único. A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora alinha-se com o conjunto de políticas de saúde no âmbito do SUS, considerando a transversalidade das ações de saúde do trabalhador e o trabalho como um dos determinantes do processo saúde-doença.

Art.4º Além do disposto nesta Portaria, a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora reger-se-á, de forma complementar, pelos elementos informativos constantes do Anexo I a esta Portaria.

CAPÍTULO I

DOS PRINCÍPIOS E DAS DIRETRIZES

Art. 5º A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora observará os seguintes princípios e diretrizes:

- I - universalidade;
- II - integralidade;
- III - participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social;
- IV - descentralização;
- V - hierarquização;
- VI - equidade; e
- VII - precaução.

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

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

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

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

Parágrafo único. A realização da articulação tratada neste artigo requer mudanças substanciais nos processos de trabalho em saúde, na organização da rede de atenção e na atuação multiprofissional e interdisciplinar, que contemplem a complexidade das relações trabalho-saúde.

Art. 7º A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora deverá contemplar todos os trabalhadores priorizando, entretanto, pessoas e grupos em situação de maior vulnerabilidade, como aqueles inseridos em atividades ou em relações informais e precárias de trabalho, em atividades de maior risco para a saúde, submetidos a formas nocivas de discriminação, ou ao trabalho infantil, na perspectiva de superar desigualdades sociais e de saúde e de buscar a equidade na atenção.

Parágrafo único. As pessoas e os grupos vulneráveis de que trata o "caput" devem ser identificados e definidos a partir da análise da situação de saúde local e regional e da discussão com a comunidade, trabalhadores e outros atores sociais de interesse à saúde dos trabalhadores, considerando-se suas especificidades e singularidades culturais e sociais.

CAPÍTULO II DOS OBJETIVOS

Art. 8º São objetivos da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora:

I - fortalecer a Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) e a integração com os demais componentes da Vigilância em Saúde, o que pressupõe:

a) identificação das atividades produtivas da população trabalhadora e das situações de risco à saúde dos trabalhadores no território;

b) identificação das necessidades, demandas e problemas de saúde dos trabalhadores no território;

c) realização da análise da situação de saúde dos trabalhadores;

d) intervenção nos processos e ambientes de trabalho;

e) produção de tecnologias de intervenção, de avaliação e de monitoramento das ações de VISAT;

f) controle e avaliação da qualidade dos serviços e programas de saúde do trabalhador, nas instituições e empresas públicas e privadas;

g) produção de protocolos, de normas técnicas e regulamentares; e

h) participação dos trabalhadores e suas organizações;

II - promover a saúde e ambientes e processos de trabalhos saudáveis, o que pressupõe:

a) estabelecimento e adoção de parâmetros protetores da saúde dos trabalhadores nos ambientes e processos de trabalho;

b) fortalecimento e articulação das ações de vigilância em saúde, identificando os fatores de risco ambiental, com intervenções tanto nos ambientes e processos de trabalho, como no entorno, tendo em vista a qualidade de vida dos trabalhadores e da população circunvizinha;

c) representação do setor saúde/saúde do trabalhador nos fóruns e instâncias de formulação de políticas setoriais e intersetoriais e às relativas ao desenvolvimento econômico e social;

d) inserção, acompanhamento e avaliação de indicadores de saúde dos trabalhadores e das populações circunvizinhas nos processos de licenciamento e nos estudos de impacto ambiental;

e) inclusão de parâmetros de proteção à saúde dos trabalhadores e de manutenção de ambientes de trabalho saudáveis nos processos de concessão de incentivos ao desenvolvimento, nos mecanismos de fomento e outros incentivos específicos;

f) contribuição na identificação e erradicação de situações análogas ao trabalho escravo;

g) contribuição na identificação e erradicação de trabalho infantil e na proteção do trabalho do adolescente; e

h) desenvolvimento de estratégias e ações de comunicação de risco e de educação ambiental e em saúde do trabalhador;

III - garantir a integralidade na atenção à saúde do trabalhador, que pressupõe a inserção de ações de saúde do trabalhador em todas as instâncias e pontos da Rede de Atenção à Saúde do SUS, mediante articulação e construção conjunta de protocolos, linhas de

cuidado e matriciamento da saúde do trabalhador na assistência e nas estratégias e dispositivos de organização e fluxos da rede, considerando os seguintes componentes:

- a) atenção primária em saúde;
- b) atenção especializada, incluindo serviços de reabilitação;
- c) atenção pré-hospitalar, de urgência e emergência, e hospitalar;
- d) rede de laboratórios e de serviços de apoio diagnóstico;
- e) assistência farmacêutica;
- f) sistemas de informações em saúde;
- g) sistema de regulação do acesso;
- h) sistema de planejamento, monitoramento e avaliação das ações;
- i) sistema de auditoria; e
- j) promoção e vigilância à saúde, incluindo a vigilância à saúde do trabalhador;

IV - ampliar o entendimento de que de que a saúde do trabalhador deve ser concebida como uma ação transversal, devendo a relação saúde-trabalho ser identificada em todos os pontos e instâncias da rede de atenção;

V - incorporar a categoria trabalho como determinante do processo saúde-doença dos indivíduos e da coletividade, incluindo-a nas análises de situação de saúde e nas ações de promoção em saúde;

VI - assegurar que a identificação da situação do trabalho dos usuários seja considerada nas ações e serviços de saúde do SUS e que a atividade de trabalho realizada pelas pessoas, com as suas possíveis conseqüências para a saúde, seja considerada no momento de cada intervenção em saúde; e

VII - assegurar a qualidade da atenção à saúde do trabalhador usuário do SUS.

CAPÍTULO III DAS ESTRATÉGIAS

Art. 9º São estratégias da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora:

I - integração da Vigilância em Saúde do Trabalhador com os demais componentes da Vigilância em Saúde e com a Atenção Primária em Saúde, o que pressupõe:

a) planejamento conjunto entre as vigilâncias, com eleição de prioridades comuns para atuação integrada, com base na análise da situação de saúde dos trabalhadores e da população em geral, e no mapeamento das atividades produtivas e com potencial impacto ambiental no território;

b) produção conjunta de protocolos, normas técnicas e atos normativos, com harmonização de parâmetros e indicadores, para orientação aos Estados e Municípios no desenvolvimento das ações de vigilância, e especialmente como referência para os processos de pactuação entre as três esferas de gestão do SUS;

c) harmonização e, sempre que possível, unificação dos instrumentos de registro e notificação de agravos e eventos de interesse comum aos componentes da vigilância;

d) incorporação dos agravos relacionados ao trabalho, definidos como prioritários para fins de vigilância, nas listagens de agravos de notificação compulsória, nos âmbitos nacional, estaduais e municipais, seguindo a mesma lógica e fluxos dos demais;

e) proposição e produção de indicadores conjuntos para monitoramento e avaliação da situação de saúde;

f) formação e manutenção de grupos de trabalho integrados para investigação de surtos e eventos inusitados e de investigação de situações de saúde decorrentes de potenciais impactos ambientais de processos e atividades produtivas nos territórios, envolvendo as vigilâncias epidemiológica, sanitária, em saúde ambiental, saúde do trabalhador e rede de laboratórios de saúde pública;

g) produção conjunta de metodologias de ação, de investigação, de tecnologias de intervenção, de avaliação e de monitoramento das ações de vigilância nos ambientes e situações epidemiológicas;

h) incorporação, pelas equipes de vigilância sanitária dos Estados e Municípios, de ráticas de avaliação, controle e vigilância dos riscos ocupacionais nas empresas e estabelecimentos, observando as atividades produtivas presentes no território;

i) investimentos na qualificação e capacitação integradas das equipes dos diversos componentes da vigilância em saúde, com incorporação de conteúdos específicos, comuns e afins, nos processos formativos e nas estratégias de educação permanente de todos os componentes da Vigilância em Saúde;

j) investimentos na ampliação da capacidade técnica e nas mudanças das práticas das equipes das vigilâncias, especialmente para atuação no apoio matricial às equipes de referência dos municípios;

k) participação conjunta nas estratégias, fóruns e instâncias de produção, divulgação, difusão e comunicação de informações em saúde;

l) estímulo à participação dos trabalhadores e suas organizações, sempre que pertinente, no acompanhamento das ações de vigilância epidemiológica, sanitária e em saúde ambiental, além das ações específicas de VISAT; e

m) atualização e ou revisão dos códigos de saúde, com inserção de disposições sobre a vigilância em saúde do trabalhador e atribuição da competência de autoridade sanitária às equipes de vigilância em saúde do trabalhador, nos Estados e Municípios;

II - análise do perfil produtivo e da situação de saúde dos trabalhadores, o que pressupõe:

a) identificação das atividades produtivas e do perfil da população trabalhadora no território em conjunto com a atenção primária em saúde e os setores da Vigilância em Saúde;

b) implementação da rede de informações em saúde do trabalhador;

c) definição de elenco de indicadores prioritários para análise e monitoramento;

d) definição do elenco de agravos relacionados ao trabalho de notificação compulsória e de investigação obrigatória e inclusão no elenco de prioridades, nas três esferas de gestão do SUS;

e) revisão periódica da lista de doenças relacionadas ao trabalho;

f) realização de estudos e análises que identifiquem e possibilitem a compreensão dos problemas de saúde dos trabalhadores e o comportamento dos principais indicadores de saúde;

g) estruturação das estratégias e processos de difusão e comunicação das informações;

h) garantia, na identificação do trabalhador, do registro de sua ocupação, ramo de atividade econômica e tipo de vínculo nos seguintes sistemas e fontes de informação em saúde, aproveitando todos os contatos do/a trabalhador/a com o sistema de saúde:

1. Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM);
2. Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIHSUS);
3. Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan);
4. Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIASUS);
5. Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB);
6. Registros de Câncer de Base Populacional (RCBP); e
7. Registros de Câncer de Base Hospitalar (RCBH);

i) articulação e sistematização das informações das demais bases de dados de interesse à saúde do trabalhador, como:

1. Cadastro Nacional de Informações Sociais (CNIS);
 2. Sistema Único de Benefícios (SUB);
 3. Relação Anual de Informações Sociais (RAIS);
 4. Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (CAGED);
 5. Sistema Federal de Inspeção do Trabalho (SFIT);
 6. Troca de Informação em Saúde Suplementar (TISS); e
 7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE);
8. outros sistemas de informações dos órgãos e setores de planejamento, da agricultura, do meio ambiente, da segurança pública, do trânsito, da indústria, comércio e mineração, das empresas, dos sindicatos de trabalhadores, entre outras;

j) gestão junto a essas instituições para acesso às bases de dados de forma desagregada, conforme necessidades da produção da análise da situação de saúde nos diversos níveis territoriais;

k) produção e divulgação, periódicas, com acesso ao público em geral, de análises de situação de saúde, considerando diversos níveis territoriais (local, municipal, microrregional, macrorregional, estadual, grandes regiões, nacional);

l) estabelecimento da notificação compulsória e investigação obrigatória em todo território nacional dos acidentes de trabalho graves e com óbito e das intoxicações por agrotóxicos, considerando critérios de magnitude e gravidade;

m) viabilização da compatibilização e/ou unificação dos instrumentos de coleta de dados e dos fluxos de informações, em articulação com as demais equipes técnicas e das vigilâncias;

n) gestão junto à Previdência Social para que a notificação dos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho feito pelo SUS (Sinan) seja reconhecida, nos casos de trabalhadores segurados pelo Seguro Acidente de Trabalho;

o) criação de sistemas e bancos de dados para registro das informações contidas nos relatórios de inspeções e mapeamento dos ambientes de trabalho realizados pelas equipes de Vigilância em Saúde;

p) definição de elenco básico de indicadores de morbimortalidade e de situações de risco para a composição da análise de situação de saúde dos trabalhadores, considerando o conjunto dos trabalhadores brasileiros, incluindo as parcelas inseridas em atividades informais, ou seja, o total da População Economicamente Ativa Ocupada;

q) articulação intra e intersetorial para a implantação ou implementação de observatórios de saúde do trabalhador, em especial, articulando-se com o observatório de violências e outros;

r) articulação, apoio e gestão junto à Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA) para fins de ampliação dos atuais indicadores de saúde do trabalhador constantes das publicações dos Indicadores Básicos de Saúde (IDB);

s) garantia da inclusão de indicadores de saúde do trabalhador nas RIPSA estaduais, conforme necessidades e especificidades de cada Estado;

t) produção de protocolos e manuais de orientação para os profissionais de saúde para a utilização da Classificação Brasileira de Ocupação e da Classificação Nacional de Atividades Econômicas;

u) avaliação e produção de relatórios periódicos sobre a qualidade dos dados e informações constantes nos sistemas de informação de interesse à saúde do trabalhador; e

v) disponibilização e divulgação das informações em meios eletrônicos, boletins, cartilhas, impressos, vídeos, rádio e demais instrumentos de comunicação e difusão;

III - estruturação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) no contexto da Rede de Atenção à Saúde, o que pressupõe:

a) ações de Saúde do Trabalhador junto à atenção primária em saúde:

1. reconhecimento e mapeamento das atividades produtivas no território;

2. reconhecimento e identificação da população trabalhadora e seu perfil sócio ocupacional no território;

3. reconhecimento e identificação dos potenciais riscos e impactos (perfil de morbi-mortalidade) à saúde dos trabalhadores, das comunidades e ao meio ambiente, advindos das atividades produtivas no território;

4. identificação da rede de apoio social aos trabalhadores no território;

5. inclusão, dentre as prioridades de maior vulnerabilidade em saúde do trabalhador, das seguintes situações: chefe da família desempregado ou subempregado, crianças e adolescentes trabalhando, gestantes ou nutrizes trabalhando, algum membro da família portador de algum agravo à saúde relacionado com o trabalho (acidente ou doença) e presença de atividades produtivas no domicílio;

6. identificação e registro da situação de trabalho, da ocupação e do ramo de atividade econômica dos usuários das unidades e serviços de atenção primária em saúde;

7. suspeita e ou identificação da relação entre o trabalho e o problema de saúde apresentado pelo usuário, para fins de diagnóstico e notificação dos agravos relacionados ao trabalho;

8. notificação dos agravos relacionados ao trabalho no Sinan e no SIAB e, emissão de relatórios e atestados médicos, incluindo o laudo de exame médico da Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT), nos casos pertinentes;

9. subsídio à definição da rede de referência e contra referência e estabelecimento dos fluxos e instrumentos para os encaminhamentos necessários;

10. articulação com as equipes técnicas e os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) sempre que necessário, para a prestação de retaguarda técnica especializada, considerando seu papel no apoio matricial a toda rede SUS;

11. definição e implantação de condutas e manejo assistenciais, de promoção e de vigilância em saúde do trabalhador, mediante a aplicação de protocolos, de linhas de cuidado e de projetos terapêuticos para os agravos, e de linhas guias para a vigilância de situações de riscos relacionados ao trabalho; e

12. incorporação de conteúdos de saúde do trabalhador nas estratégias de capacitação e de educação permanente para as equipes da atenção primária em saúde;

b) ações de saúde do trabalhador junto à urgência e emergência:

1. identificação e registro da situação de trabalho, da ocupação e do ramo de atividade econômica dos usuários dos pontos de atenção às urgências e emergências, nas redes Estaduais e Municipais;

2. identificação da relação entre o trabalho e o acidente, violência ou intoxicação exógena sofridos pelo usuário, com decorrente notificação do agravo no Sinan e adequado registro no SIH-SUS para os casos que requererem hospitalização;

3. preenchimento do laudo de exame médico da CAT nos casos pertinentes;

4. acompanhamento desses casos pelas equipes dos Núcleos de Vigilância Epidemiológica Hospitalar, onde houver;

5. encaminhamento para a rede de referência e contra referência, para fins de continuidade do tratamento, acompanhamento e reabilitação, seguindo os fluxos e instrumentos definidos para tal;

6. articulação com as equipes técnicas e os CEREST sempre que necessário para a prestação de retaguarda técnica especializada, considerando seu papel no apoio matricial a toda rede SUS;

7. harmonização dos conceitos dos eventos/agravos e unificação das fichas de notificação dos casos de acidentes de trabalho, outros acidentes e violências;

8. incorporação de conteúdos de saúde do trabalhador nas estratégias de capacitação e de educação permanente para as equipes dos pontos de atenção às urgências e emergências; e

9. estabelecimento de parcerias intersetoriais e referência e contra referência com as unidades de atendimento e serviços das Secretarias de Segurança Pública, Institutos Médico Legais, e setores/ departamentos de trânsito e transporte;

c) ações de saúde do trabalhador junto à atenção especializada (ambulatorial e hospitalar):

1. identificação e registro da situação de trabalho, da ocupação e do ramo de atividade econômica dos usuários dos pontos de atenção especializada, nas redes estaduais e municipais;

2. suspeita ou identificação da relação entre o trabalho e o agravo à saúde do usuário, com decorrente notificação do agravo no Sinan;

3. preenchimento do laudo de exame médico da CAT nos casos pertinentes;

4. encaminhamento para a rede de referência e contra referência, para fins de continuidade do tratamento, acompanhamento e reabilitação, seguindo os fluxos e instrumentos definidos para tal;

5. articulação com as equipes técnicas e os CEREST sempre que necessário para a prestação de retaguarda técnica especializada, considerando seu papel no apoio matricial a toda rede SUS; e

6. incorporação de conteúdos de saúde do trabalhador nas estratégias de capacitação e de educação permanente para as equipes dos pontos de atenção especializada;

IV - fortalecimento e ampliação da articulação intersetorial, o que pressupõe:

a) aplicação de indicadores de avaliação de impactos à saúde dos trabalhadores e das comunidades nos processos de licenciamento ambiental, de concessão de incentivos ao desenvolvimento, mecanismos de fomento e incentivos específicos;

b) fiscalização conjunta onde houver trabalho em condições insalubres, perigosas e degradantes, como nas carvoarias, madeiras, canaviais, construção civil, agricultura em geral, calcareiras, mineração, entre outros, envolvendo os Ministérios do Trabalho e Emprego,

da Previdência Social e do Meio Ambiente, o SUS e o Ministério Público; e

c) compartilhamento e publicização das informações produzidas por cada órgão e instituição, inclusive por meio da constituição de observatórios, de modo a viabilizar a adequada análise de situação, estabelecimento de prioridades, tomada de decisão e monitoramento das ações;

V - estímulo à participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social, o que pressupõe:

a) acolhimento e resposta às demandas dos representantes da comunidade e do controle social;

b) buscar articulação com entidades, instituições, organizações não governamentais, associações, cooperativas e demais representações de categorias de trabalhadores, presentes no território, inclusive as inseridas em atividades informais de trabalho e populações em situação de vulnerabilidade;

c) estímulo à participação de representação dos trabalhadores nas instâncias oficiais de representação social do SUS, a exemplo dos conselhos e comissões intersetoriais, nas três esferas de gestão do SUS;

d) apoiar o funcionamento das Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador (CIST) dos Conselhos de Saúde, nas três esferas de gestão do SUS;

e) inclusão da comunidade e do controle social nos programas de capacitação e educação permanente em saúde do trabalhador, sempre que possível, e inclusão de conteúdos de saúde do trabalhador nos processos de capacitação permanente voltados para a comunidade e o controle social, incluindo grupos de trabalhadores em situação de vulnerabilidade, com vistas às ações de promoção em saúde do trabalhador;

f) transparência e facilitação do acesso às informações aos representantes da comunidade, dos trabalhadores e do controle social;

VI - desenvolvimento e capacitação de recursos humanos, o que pressupõe:

a) adoção de estratégias para a progressiva despreciação dos vínculos de trabalho das equipes de saúde, incluindo os técnicos dos centros de referência e das vigilâncias, nas três esferas de gestão do SUS, mediante concurso público;

b) inserção de especificação da atribuição de inspetor de vigilância aos técnicos em saúde do trabalhador nos planos de carreira, cargos e vencimentos, nas esferas estadual e municipal;

c) inserção de conteúdos de saúde do trabalhador nos diversos processos formativos e estratégias de educação permanente, cursos e capacitações, para profissionais de nível superior e nível médio, com destaque àqueles destinados às equipes de Vigilância em Saúde, à Saúde da Família e aos gestores;

d) capacitação para aplicação de protocolos, linhas guias e linhas de cuidado em saúde do trabalhador, com ênfase à identificação da relação saúde-trabalho, ao diagnóstico e manejo dos acidentes e das doenças relacionadas ao trabalho, incluindo a reabilitação, à vigilância de agravos, de ambientes e de processos de trabalho e à produção de análise da situação de saúde;

e) capacitação voltada à aplicação de medidas básicas de promoção, prevenção e educação em saúde e às orientações quanto aos direitos dos trabalhadores;

f) estabelecimento de referências e conteúdos curriculares para a formação de profissionais em saúde do trabalhador, de nível técnico e superior;

g) produção de tecnologias mistas de educação presencial e a distância e publicização de tecnologias já existentes, com estabelecimento de processos e métodos de acompanhamento, avaliação e atualização dessas tecnologias;

h) articulação intersetorial com Ministérios e Secretarias de Governo, especialmente com o Ministério da Educação, para fins de inclusão de conteúdos temáticos de saúde do trabalhador nos currículos do ensino fundamental e médio, da rede pública e privada, em cursos de graduação e de programas específicos de pós-graduação em sentido amplo e estrito, possibilitando a articulação ensino / pesquisa / extensão, bem como nos cursos voltados à qualificação profissional e empresarial;

i) investimento na qualificação de todos os técnicos dos CEREST, no mínimo, em nível de especialização;

j) integração com órgãos de fomento de pesquisa, nacionais e internacionais e com instituições responsáveis pelo processo educativo como universidades, centros de pesquisa, organizações sindicais, ONG, entre outras; e

k) apoio à capacitação voltada para os interesses do movimento social, movimento sindical e controle social, em consonância com as ações e diretrizes estratégicas do SUS e com a legislação de regência;

VII - apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas, o que pressupõe:

a) articulação estreita entre os serviços e instituições de pesquisa e universidades, com envolvimento de toda a rede de serviços do SUS na construção de saberes, normas, protocolos, tecnologias e ferramentas, voltadas à produção de respostas aos problemas e necessidades identificadas pelos serviços, comunidade e controle social;

b) adoção de critérios epidemiológicos e de relevância social para a identificação e definição das linhas de investigação, estudos e pesquisas, de modo a fornecer respostas e subsídios técnico-científicos para o enfrentamento de problemas prioritários no contexto da saúde do trabalhador;

c) desenvolvimento de projetos de pesquisa-intervenção que possam ser estruturantes para a saúde do trabalhador no SUS, que articulem as ações de promoção, vigilância, assistência, reabilitação e produção e comunicação de informações, e resultem em produção de tecnologias de intervenção em problemas prioritários em cada território;

d) definição de linhas prioritárias de pesquisa para a produção de conhecimento e de respostas às questões teórico conceituais do campo da saúde do trabalhador, de modo a preencher lacunas e produzir modelos teóricos que contribuam para a melhoria da promoção,

da vigilância e da atenção à saúde dos trabalhadores;

e) incentivo à pesquisa e aplicação de tecnologias limpas e/ou com reduzido impacto à saúde dos trabalhadores e ao meio ambiente, bem como voltadas à produção de alternativas e substituição de produtos e processos já reconhecidos como danosos à saúde, e formas de organização de trabalho saudáveis;

f) estabelecimento de rede de centros de pesquisa colaboradores na construção de saberes, normas, protocolos, tecnologias e ferramentas, voltadas à produção de respostas aos problemas e necessidades identificadas pelos serviços, comunidade e controle social;

g) estabelecimento de mecanismos que garantam a participação da comunidade e das representações dos trabalhadores no desenvolvimento dos estudos e pesquisas, incluindo a divulgação e aplicação dos seus resultados; e

h) garantia, pelos gestores, da observância dos preceitos éticos no desenvolvimento de estudos e pesquisas realizados no âmbito da rede de serviços do SUS, mediante a participação dos Comitês de Ética em Pesquisa nesses processos.

§ 1º A análise da situação de saúde dos trabalhadores, de que trata o inciso II do "caput", compreende o monitoramento contínuo de indicadores e das situações de risco, com vistas a subsidiar o planejamento das ações e das intervenções em saúde do trabalhador, de

forma mais abrangente, no território nacional, no Estado, região, Município e nas áreas de abrangência das equipes de atenção à saúde.

§ 2º No que se refere à análise da situação de saúde dos trabalhadores, de que trata o inciso II do "caput", dever-se-á promover a articulação das redes de informações, que se baseará nos seguintes pressupostos:

I - concepção de que as informações em saúde do trabalhador, presentes em diversas bases e fontes de dados, devem estar em consonância com os princípios e diretrizes da Política Nacional de Informações e Informática do SUS;

II - necessidade de estabelecimento de processos participativos nas definições e na produção de informações de interesse à saúde do trabalhador;

III - empreendimento sistemático e permanente de ações, com vistas ao aprimoramento e melhoria da qualidade das informações;

IV - compartilhamento de informações de interesse para a saúde do trabalhador, mediante colaboração intra e intersetorial, entre as esferas de governo, e entre instituições, públicas e privadas, nacionais e internacionais;

V - necessidade de estabelecimento de mecanismos de publicação e garantia de acesso pelos diversos públicos interessados; e

VI - zelo pela privacidade e confidencialidade de dados individuais identificados, garantindo o acesso necessário às autoridades sanitárias no exercício das ações de vigilância.

§ 3º O processo de capacitação em saúde do trabalhador, de que trata o inciso VI do caput, deverá:

I - contemplar as diversidades e especificidades loco-regionais, incorporar os princípios do trabalho cooperativo, interdisciplinar e em equipe multiprofissional e as experiências acumuladas pelos Estados e Municípios nessa área;

II - abranger todos os profissionais vinculados ao SUS, independente da especialidade e nível de atuação - atenção básica ou especializada, os inseridos em programas e estratégias específicos, como, por exemplo, agentes comunitários de saúde, saúde da família, saúde da mulher, saúde do homem, saúde mental, vigilância epidemiológica, vigilância sanitária e em saúde ambiental, entre outros;

III - considerar, sempre que possível, com graus de prioridade distintos, as necessidades de outras instituições públicas e privadas - sindicatos de trabalhadores e patronais, organizações não governamentais (ONG) e empresas que atuam na área de modo interativo com o SUS, em consonância com a legislação de regência; e

IV - contemplar estratégias de articulação e de inserção de conteúdos de saúde do trabalhador nos diversos cursos de graduação das áreas de saúde, engenharias, ciências sociais, entre outros além de outros que apresentem correlação com a área da saúde, de modo a viabilizar a preparação dos profissionais desde a graduação, incluindo a oferta de vagas para estágios curriculares e extra-curriculares.

CAPÍTULO IV DAS RESPONSABILIDADES

Seção I

Das Atribuições dos Gestores do SUS

Art. 10. São responsabilidades da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Município, em seu âmbito administrativo, além de outras que venham a ser pactuadas pelas Comissões Intergestores:

I - garantir a transparência, a integralidade e a equidade no acesso às ações e aos serviços de saúde do trabalhador;

II - orientar e ordenar os fluxos das ações e dos serviços de saúde do trabalhador;

III - monitorar o acesso às ações e aos serviços de saúde do trabalhador;

IV - assegurar a oferta regional das ações e dos serviços de saúde do trabalhador;

V - estabelecer e garantir a articulação sistemática entre os diversos setores responsáveis pelas políticas públicas, para analisar os diversos problemas que afetam a saúde dos trabalhadores e pactuar uma agenda prioritária de ações intersetoriais; e

VI - desenvolver estratégias para identificar situações que resultem em risco ou produção de agravos à saúde, adotando e ou fazendo adotar medidas de controle quando necessário.

Art. 11. À direção nacional do SUS compete:

I - coordenar, em âmbito nacional, a implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora;

II - conduzir as negociações nas instâncias do SUS, visando inserir ações, metas e indicadores de saúde do trabalhador no Plano Nacional de Saúde e na Programação Anual de Saúde, a partir de planejamento estratégico que considere a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora;

III - alocar recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política, aprovados no Conselho Nacional de Saúde (CNS);

IV - desenvolver estratégias visando o fortalecimento da participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social, incluindo o apoio e fortalecimento da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador (CIST) do CNS;

V - apoiar tecnicamente as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, na implementação e execução da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora;

VI - promover a incorporação de ações e procedimentos de vigilância e de assistência à saúde do trabalhador junto à Rede de Atenção à Saúde, considerando os diferentes níveis de complexidade, tendo como centro ordenador a Atenção Primária em Saúde;

VII - monitorar, em conjunto com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, os indicadores pactuados para avaliação das ações e serviços de saúde dos trabalhadores;

VIII - estabelecer rotinas de sistematização, processamento, análise e divulgação dos dados gerados nos Municípios e nos Estados a partir dos sistemas de informação em saúde, de acordo com os interesses e necessidades do planejamento estratégico da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora;

IX - elaborar perfil produtivo e epidemiológico, a partir de fontes de informação existentes e de estudos específicos, com vistas a subsidiar a programação e avaliação das ações de atenção à saúde do trabalhador;

X - promover a articulação intersetorial com vistas à promoção de ambientes e processos de trabalho saudáveis e ao acesso às informações e bases de dados de interesse à saúde dos trabalhadores;

XI - participar da elaboração de propostas normativas e elaborar normas pertinentes à sua área de atuação, com a participação de outros atores sociais como entidades representativas dos trabalhadores, universidades e organizações não-governamentais;

XII - promover a formação e a capacitação em saúde do trabalhador dos profissionais de saúde do SUS, junto à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, bem como estimular a parceria entre os órgãos e instituições pertinentes para formação e capacitação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social, em consonância com a legislação de regência;

XIII - desenvolver estratégias de comunicação e elaborar materiais de divulgação visando disponibilizar informações do perfil produtivo e epidemiológico relativos à saúde dos trabalhadores;

XIV - conduzir a revisão periódica da listagem oficial de doenças relacionadas ao trabalho no território nacional e a inclusão do elenco prioritário de agravos relacionados ao trabalho na listagem nacional de agravos de notificação compulsória; e

XV - regular, monitorar, avaliar e auditar as ações e serviços de saúde do trabalhador, no âmbito de sua competência.

Art. 12. À direção estadual do SUS compete:

I - coordenar, em âmbito estadual, a implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora;

II - conduzir as negociações nas instâncias estaduais do SUS, visando inserir ações, metas e indicadores de saúde do trabalhador no Plano Estadual de Saúde e na Programação Anual de Saúde, a partir de planejamento estratégico que considere a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora;

III - pactuar e alocar recursos orçamentários e financeiros, para a implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora,

pactuados nas instâncias de gestão e aprovados no Conselho Estadual de Saúde (CES);

IV - desenvolver estratégias visando o fortalecimento da participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social, incluindo o apoio e fortalecimento da CIST do CES;

V - apoiar tecnicamente e atuar de forma integrada com as Secretarias Municipais de Saúde na implementação das ações de saúde do trabalhador;

VI - organizar as ações de promoção, vigilância e assistência à saúde do trabalhador nas regiões de saúde, considerando os diferentes níveis de complexidade, tendo como centro ordenador a Atenção Primária em Saúde, definindo, em conjunto com os municípios, os mecanismos e os fluxos de referência, contra-referência e de apoio matricial, além de outras medidas, para assegurar o desenvolvimento de ações de promoção, vigilância e assistência em

saúde do trabalhador;

VII - realizar a pactuação regional e estadual das ações e dos indicadores de promoção, vigilância e assistência à saúde do trabalhador;

VIII - monitorar, em conjunto com as Secretarias Municipais de Saúde, os indicadores pactuados para avaliação das ações e serviços de saúde dos trabalhadores;

IX - regular, monitorar, avaliar e auditar as ações e a prestação de serviços em saúde do trabalhador, no âmbito de sua competência;

X - garantir a implementação, nos serviços públicos e privados, da notificação compulsória dos agravos à saúde relacionados ao trabalho, assim como do registro dos dados pertinentes à saúde do trabalhador no conjunto dos sistemas de informação em saúde, alimentando regularmente os sistemas de informações em seu âmbito de atuação, estabelecendo rotinas de sistematização, processamento e análise dos dados gerados nos municípios, de acordo com os interesses e necessidades do planejamento desta Política;

XI - elaborar, em seu âmbito de competência, perfil produtivo e epidemiológico, a partir de fontes de informação existentes e de estudos específicos, com vistas a subsidiar a programação e avaliação das ações de atenção à saúde do trabalhador;

XII - participar da elaboração de propostas normativas e elaborar normas técnicas pertinentes à sua esfera de competência, com outros atores sociais como

entidades representativas dos trabalhadores, universidades e organizações não governamentais;

XIII - promover a formação e capacitação em saúde do trabalhador para os profissionais de saúde do SUS, inclusive na forma de educação continuada, respeitadas as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, bem como estimular a parceria entre os órgãos e instituições pertinentes para formação e capacitação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social, em consonância com a legislação de regência;

XIV - desenvolver estratégias de comunicação e elaborar materiais de divulgação visando disponibilizar informações do perfil produtivo e epidemiológico relativos à saúde dos trabalhadores;

XV - definir e executar projetos especiais em questões de interesse loco-regional, em conjunto com as equipes municipais, quando e onde couber; e

XVI - promover, no âmbito estadual, a articulação intersetorial com vistas à promoção de ambientes e processos de trabalho saudáveis e ao acesso às informações e bases de dados de interesse à saúde dos trabalhadores.

Art. 13. Compete aos gestores municipais de saúde:

I - executar as ações e serviços de saúde do trabalhador;

II - coordenar, em âmbito municipal, a implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora;

III - conduzir as negociações nas instâncias municipais do SUS, visando inserir ações, metas e indicadores de saúde do trabalhador no Plano Municipal de Saúde e na Programação Anual de Saúde, a partir de planejamento estratégico que considere a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora;

IV - pactuar e alocar recursos orçamentários e financeiros para a implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, pactuados nas instâncias de gestão e aprovados no Conselho Municipal de Saúde (CMS);

V - desenvolver estratégias visando o fortalecimento da participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social, incluindo o apoio e fortalecimento da CIST do CMS;

VI - constituir referências técnicas em saúde do trabalhador e/ou grupos matriciais responsáveis pela implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora;

VII - participar, em conjunto com o Estado, da definição dos mecanismos e dos fluxos de referência, contra-referência e de apoio matricial, além de outras medidas, para assegurar o desenvolvimento de ações de promoção, vigilância e assistência em saúde do trabalhador;

VIII - articular-se regionalmente para integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde quando da identificação de problemas e prioridades comuns;

IX - regular, monitorar, avaliar e auditar as ações e a prestação de serviços em saúde do trabalhador, no âmbito de sua competência;

X - implementar, na Rede de Atenção à Saúde do SUS, e na rede privada, a notificação compulsória dos agravos à saúde relacionados com o trabalho, assim como o registro dos dados pertinentes à saúde do trabalhador no conjunto dos sistemas de informação em saúde, alimentando regularmente os sistemas de informações em seu âmbito de atuação, estabelecendo rotinas de sistematização, processamento e análise dos dados gerados no Município, de acordo com os interesses e necessidades do planejamento da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora;

XI - instituir e manter cadastro atualizado de empresas classificadas nas diversas atividades econômicas desenvolvidas no Município, com indicação dos fatores de risco que possam ser gerados para os trabalhadores e para o contingente populacional direta ou indiretamente a eles expostos, em articulação com a vigilância em saúde ambiental;

XII - elaborar, em seu âmbito de competência, perfil produtivo e epidemiológico, a partir de fontes de informação existentes e de estudos específicos, com vistas a subsidiar a programação e avaliação das ações de atenção à saúde do trabalhador;

XIII - capacitar, em parceria com as Secretarias Estaduais de Saúde e com os CEREST, os profissionais e as equipes de saúde do SUS, para identificar e atuar nas situações de riscos à saúde relacionados ao trabalho, assim como para o diagnóstico dos agravos à saúde relacionados com o trabalho, em consonância com as diretrizes para implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, bem como estimular a parceria entre os órgãos e instituições pertinentes para formação e capacitação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social, em consonância com a legislação de regência; e XIV - promover, no âmbito municipal, articulação

intersetorial com vistas à promoção de ambientes e processos de trabalho saudáveis e ao acesso às informações e bases de dados de interesse à saúde dos trabalhadores.

Seção II

Das Atribuições dos CEREST e das Equipes Técnicas

Art. 14. Cabe aos CEREST, no âmbito da RENAST:

I - desempenhar as funções de suporte técnico, de educação permanente, de coordenação de projetos de promoção, vigilância e assistência à saúde dos trabalhadores, no âmbito da sua área de abrangência;

II - dar apoio matricial para o desenvolvimento das ações de saúde do trabalhador na atenção primária em saúde, nos serviços especializados e de urgência e emergência, bem como na promoção e vigilância nos diversos pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde; e

III - atuar como centro articulador e organizador das ações intra e intersetoriais de saúde do trabalhador, assumindo a retaguarda técnica especializada para o conjunto de ações e serviços da rede SUS e se tornando pólo irradiador de ações e experiências de vigilância em

saúde, de caráter sanitário e de base epidemiológica.

§ 1º As ações a serem desenvolvidas pelos CEREST serão planejadas de forma integrada pelas equipes de saúde do trabalhador no âmbito das Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e das Secretarias Municipais de Saúde (SMS), sob a coordenação dos gestores.

§ 2º Para as situações em que o Município não tenha condições técnicas e operacionais, ou para aquelas definidas como de maior complexidade, caberá às SES a execução direta de ações de vigilância e assistência, podendo fazê-lo, em caráter complementar ou suplementar, através dos CEREST.

§ 3º O apoio matricial, de que trata o inciso II do caput, será equacionado a partir da constituição de equipes multiprofissionais e do desenvolvimento de práticas interdisciplinares, com estabelecimento de relações de trabalho entre a equipe de matriciamento e as equipes técnicas de referência, na perspectiva da prática da clínica ampliada, da promoção e da vigilância em saúde do trabalhador.

Art. 15. As equipes técnicas de saúde do trabalhador, nas três esferas de gestão, com o apoio dos CEREST, devem garantir sua capacidade de prover o apoio institucional e o apoio matricial para o desenvolvimento e incorporação das ações de saúde do trabalhador no SUS.

Parágrafo único. A execução do disposto no caput deste artigo pressupõe, no mínimo:

I - a construção, em toda a Rede de Atenção à Saúde, de capacidade para a identificação das atividades produtivas e do perfil epidemiológico dos trabalhadores nas regiões de saúde definidas pelo Plano Diretor de Regionalização e Investimentos (PDRI); e

II - a capacitação dos profissionais de saúde para a identificação e monitoramento dos casos atendidos que possam ter relação com as ocupações e os processos produtivos em que estão inseridos os usuários.

CAPÍTULO V

DA AVALIAÇÃO E DO MONITORAMENTO

Art. 16. As metas e os indicadores para avaliação e monitoramento da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora devem estar contidos nos instrumentos de gestão definidos pelo sistema de planejamento do SUS:

I - Planos de Saúde;

II - Programações Anuais de Saúde; e

III - Relatórios Anuais de Gestão.

§ 1º O planejamento estratégico deve contemplar ações, metas e indicadores de promoção, vigilância e atenção em saúde do trabalhador, nos moldes de uma atuação permanentemente articulada e sistêmica.

§ 2º As necessidades de saúde do trabalhador devem ser incorporadas no processo geral do planejamento das ações de saúde, mediante a utilização dos instrumentos de pactuação do SUS, o qual é um processo dinâmico, contínuo e sistemático de pactuação de prioridades e estratégias de saúde do trabalhador nos âmbitos municipal, regional, estadual e federal, considerando os diversos sujeitos envolvidos neste processo.

Art. 17. A avaliação e o monitoramento da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, pelas três esferas de gestão do SUS, devem ser conduzidos considerando-se:

I a inserção de ações de saúde do trabalhador, considerando objetivos, diretrizes, metas e indicadores, no Plano de Saúde, na Programação Anual de Saúde e no Relatório Anual de Gestão, em cada esfera de gestão do SUS;

II - a definição de que as ações de saúde do trabalhador, em cada esfera de gestão, devem expressar com clareza e transparência, os mecanismos e as fontes de financiamento;

III - o estabelecimento de investimentos nas ações de vigilância, no desenvolvimento de ações na Atenção Primária em Saúde e na regionalização como eixos prioritários para a aplicação dos recursos de saúde do trabalhador;

IV - a definição de interlocutor para o tema saúde do trabalhador nas três esferas de gestão do SUS;

V - a inclusão na Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) de ações e serviços de saúde do trabalhador;

VI - a produção de protocolos, de linhas guias e linhas de cuidado em saúde do trabalhador, de acordo com os níveis de organização da vigilância e atenção à saúde;

VII - a capacitação dos profissionais de saúde, visando à implementação dos protocolos, das linhas guias e das linhas de cuidado em saúde do trabalhador;

VIII - a definição dos fluxos de referência, contra-referência e de apoio matricial, de acordo com as diretrizes clínicas, as linhas de cuidado pactuadas na Comissão Intergestores Regional (CIR) e na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), garantindo a notificação compulsória dos agravos relacionados ao trabalho; e

IX - o monitoramento e avaliação dos indicadores de saúde do trabalhador pactuados, bem como o acompanhamento da evolução histórica e tendências dos indicadores de morbimortalidade, nas esferas municipal, micro e macrorregionais, estadual e nacional.

CAPÍTULO VI

DO FINANCIAMENTO

Art. 18. Além dos recursos dos fundos nacionais, estaduais e municipais de saúde, fica facultado aos gestores de saúde utilizar outras fontes de financiamento, como:

I - ressarcimento ao SUS, pelos planos de saúde privados, dos valores gastos nos serviços prestados aos seus segurados, em decorrência de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho;

II - repasse de recursos advindos de contribuições para a seguridade social;

III - criação de fundos especiais; e

IV - parcerias com organismos nacionais e internacionais para financiamento de projetos especiais, de desenvolvimento de tecnologias, máquinas e equipamentos com maior proteção à saúde dos trabalhadores, especialmente aqueles voltados a cooperativas, da economia solidária e pequenos empreendimentos.

Parágrafo único. Além das fontes de financiamento previstas neste artigo, poderão ser pactuados, nas instâncias intergestores, incentivos específicos para as ações de promoção e vigilância em saúde do trabalhador, a serem inseridos nos pisos variáveis dos componentes de vigilância e promoção da saúde e da vigilância sanitária.

Art. 19. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA

ANEXO I

ELEMENTOS INFORMATIVOS DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA

Os elementos informativos consistem na apresentação de conceitos e contextualização de termos e conteúdos explicativos e conformadores da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Tem como finalidade precípua conferir caráter pedagógico e orientador à Política.

1. A Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde - RENASES compreende todas as ações e serviços que o SUS oferece ao usuário para atendimento da integralidade que se inicia e se completa na Rede de Atenção à Saúde, mediante

referenciamento do usuário na rede regional e interestadual conforme pactuado na Comissão Intergestores Bipartite - CIB. A organização e a integração das ações e dos serviços de saúde sob a responsabilidade dos entes federativos em uma região de saúde, inclusive as de saúde do trabalhador, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência aos usuários do SUS é objeto do Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde.

2. A participação da comunidade é um princípio fundante do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecido na Constituição Federal de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde, tendo relevância e especificidades na Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Partindo deste princípio, a participação dos trabalhadores é essencial nos processos de identificação das situações de risco presentes nos ambientes de trabalho e das repercussões sobre a sua saúde, bem como na formulação, no planejamento, acompanhamento e avaliação das intervenções sobre as condições geradoras dos agravos relacionados ao trabalho. Cabe às diversas instâncias do SUS assumir como legítima a participação da sociedade nas decisões envolvendo as políticas de saúde do trabalhador, estabelecendo-se relações éticas entre os representantes da comunidade, dos trabalhadores e do controle social, gestores e a equipe de saúde. A garantia da participação da comunidade e do controle social na formulação, no planejamento, no acompanhamento e na avaliação das políticas, contribui para o fortalecimento do exercício da cidadania pela sociedade.

3. Deve-se, no âmbito da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora observar a diretriz organizativa da descentralização, o que requer a consolidação do papel do Município como instância efetiva de desenvolvimento das ações de atenção à saúde do trabalhador em seu território, de acordo com as necessidades e características de suas populações.

4. No que toca à diretriz da hierarquização, a construção da atenção integral à saúde do trabalhador passa pela integração de todos os níveis de atuação do SUS, em função de sua complexidade e densidade tecnológica, considerando sua organização em redes e sistemas solidários e compartilhados entre as três esferas de gestão e conforme a pactuação estadual e regional.

5. O direito à saúde constitui-se num direito social derivado do direito à vida, estabelecido na Declaração Universal dos Direitos Humanos (Resolução 217ª, III, da Assembleia Geral da ONU, 10/09/1948). No Brasil, segundo a Constituição Federal de 1988, o direito à saúde é um direito social (Art. 6º) que decorre do princípio fundamental da dignidade humana (inciso III, Art. 1º), cabendo ao Estado garanti-la mediante políticas sociais e econômicas, que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal

e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Art. 196). Dessa forma, é dever do poder público prover as condições e as garantias para o exercício do direito individual e coletivo à saúde, com a ressalva de que o dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade (art. 2º, parágrafo 2º da Lei Nº 8.080/90). A responsabilidade sanitária é comum às três esferas de gestão do SUS - federal, estadual e municipal, e deve ser desempenhada por meio da formulação, financiamento e gestão de políticas de saúde que respondam às necessidades sanitárias, demográficas e sócio-culturais das populações e superem as iniquidades existentes. Nesse sentido, o caráter éticopolítico da ação sanitária em saúde do trabalhador compreende o entendimento de que o objetivo e a justificativa da intervenção é a melhoria das condições de trabalho e saúde. Refere-se ao compromisso ético, que devem assumir gestores e profissionais de saúde nas ações desenvolvidas, tanto no que diz respeito à dignidade dos trabalhadores, ao direito à informação fidedigna, ao sigilo, no que couber, das informações relativas ao seu estado de saúde e a sua individualidade, quanto em relação ao direito de conhecimento sobre o processo e os resultados das intervenções sanitárias, e de participação, inclusive na tomada de decisões.

6. A incorporação do princípio da precaução nas ações de saúde do trabalhador considera que, por precaução, medidas devem ser implantadas visando prevenir danos à saúde dos trabalhadores, mesmo na ausência da certeza científica formal da existência de risco

grave ou irreversível à saúde. Busca, assim, prevenir possíveis agravos à saúde dos trabalhadores causados pela utilização de processos produtivos, tecnologias, substâncias químicas, equipamentos e máquinas, entre outros. Requer, na tomada de decisão em relação ao uso de determinadas tecnologias, que o ônus da prova científica passe a ser atribuído aos proponentes das atividades suspeitas de danos à saúde e ao ambiente.

7. A Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) é um dos componentes do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. Visa à promoção da saúde e a redução da morbimortalidade da população trabalhadora, por meio da integração de ações que intervenham nos agravos e seus determinantes decorrentes dos modelos de desenvolvimento e processos produtivos (Portaria GM/MS Nº 3.252/09). A especificidade de seu campo é dada por ter como objeto a relação da saúde com o ambiente e os processos de trabalho, abordada por práticas sanitárias desenvolvidas com a participação dos trabalhadores em todas as suas etapas. Como componente da vigilância em saúde e visando à integralidade do cuidado, a VISAT deve inserir-se no processo de construção da Rede de Atenção à Saúde, coordenada pela Atenção Primária à Saúde (Portaria GM/MS Nº 3.252/09). Nesta perspectiva, a VISAT é estruturante e essencial ao modelo de Atenção Integral em Saúde do Trabalhador. A

Vigilância em Saúde do Trabalhador compreende uma atuação contínua e sistemática, ao longo do tempo, no sentido de detectar, conhecer, pesquisar e analisar os fatores determinantes e condicionantes dos agravos à saúde relacionados aos processos e ambientes de trabalho, em seus aspectos tecnológico, social, organizacional e epidemiológico, com a finalidade de planejar, executar e avaliar intervenções sobre esses aspectos, de forma a eliminá-los ou controlá-los (Portaria GM/MS Nº 3.120/98). Apresenta como características gerais:

- O caráter transformador: a Vigilância em Saúde do Trabalhador constitui um processo pedagógico que requer a participação dos sujeitos e implica em assumir compromisso ético em busca da melhoria dos ambientes e processos de trabalho. Dessa maneira, a ação de VISAT deve ter caráter proponente de mudanças e de intervenção sobre os fatores determinantes e condicionantes dos problemas de saúde relacionados ao trabalho.

- A importância das ações de promoção, proteção e prevenção: partindo do entendimento de que os problemas de saúde decorrentes do trabalho são potencialmente preveníveis, esta Política deve fomentar a substituição de matérias primas, de tecnologias e de

processos organizacionais prejudiciais à saúde por substâncias, produtos e processos menos nocivos. As práticas de intervenção em VISAT devem orientar-se pela priorização de medidas de controle dos riscos na origem e de proteção coletiva.

- Interdisciplinaridade: a abordagem multiprofissional sobre o objeto da vigilância em saúde do trabalhador deve contemplar os saberes técnicos, com a concorrência de diferentes áreas do conhecimento e, fundamentalmente, o saber dos trabalhadores, necessários para o desenvolvimento da ação.

- Pesquisa-intervenção: o entendimento de que a intervenção, no âmbito da vigilância em saúde do trabalhador, é o deflagrador de um processo contínuo, ao longo do tempo, em que a pesquisa é sua parte indissolúvel, subsidiando e aprimorando a própria intervenção.

- Articulação intrasetorial: a Vigilância em Saúde do Trabalhador deve se articular com os demais componentes da Vigilância em Saúde - Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária, Vigilância em Saúde Ambiental, Promoção da Saúde e Vigilância da Situação de Saúde.

- Articulação intersetorial: deve ser compreendida como o exercício da transversalidade entre as políticas de saúde do trabalhador e outras políticas setoriais, como Previdência, Trabalho e Meio Ambiente, e aquelas relativas ao desenvolvimento econômico e social, nos âmbitos federal, estadual e municipal.

- Pluriinstitucionalidade: articulação, com formação de redes e sistemas no âmbito da vigilância em saúde e com as universidades, os centros de pesquisa e demais instituições públicas com responsabilidade na área de saúde do trabalhador, consumo e ambiente.

8. A promoção da saúde e de ambientes e processos de trabalho saudáveis deve ser compreendida como um conjunto de ações, articuladas intra e intersetorialmente, que possibilite a intervenção nos determinantes do processo saúde-doença dos trabalhadores, a atuação em situações de vulnerabilidade e de violação de direitos e na garantia da dignidade do trabalhador no trabalho. A articulação intra e intersetorial deve buscar a adoção de estratégias que viabilizem a inserção de medidas de promoção e proteção da saúde dos trabalhadores nas políticas, públicas e privadas, mediante a garantia da participação do setor saúde/saúde do trabalhador na definição das políticas setoriais e intersetoriais. A indissociabilidade entre produção, trabalho, saúde e ambiente compreende que a saúde dos trabalhadores, e da população geral, está intimamente relacionada às formas de produção e consumo e de exploração dos recursos naturais e seus impactos no meio ambiente, nele compreendido o do trabalho. Nesta perspectiva, o princípio da precaução deve ser incorporado como norteador das ações de promoção da saúde e de ambientes e processos de trabalho saudáveis, especialmente nas questões relativas à sustentabilidade socioambiental dos processos produtivos. Isto implica na adoção do conceito de sustentabilidade socioambiental, como integrador de políticas públicas, incorporando nas políticas de desenvolvimento social e econômico o entendimento de que a qualidade de vida e a saúde envolvem o direito de trabalhar e viver em ambientes saudáveis e com dignidade, e ao mesmo tempo, evitando o aprofundamento das iniquidades e das injustiças sociais. A dignidade no trabalho refere-se à garantia da manutenção de relações éticas e de respeito nos locais de trabalho, o reconhecimento do direito dos trabalhadores à informação, à participação e à livre manifestação. Compreende também o entendimento da defesa e da promoção da qualidade de vida e da saúde como valores absolutos e universais.

9. A integralidade da assistência à saúde se inicia e se completa na Rede de Atenção à Saúde, mediante referenciamento do usuário na rede regional e interestadual, conforme pactuado nas Comissões Intergestores, incluindo ações de promoção, vigilância, diagnóstico, tratamento, recuperação e reabilitação, a partir do reconhecimento das necessidades de saúde da população. Cumpre ressaltar que esta Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora tem como componente estruturante a Vigilância em Saúde do Trabalhador, a ser desenvolvida de forma articulada com os demais componentes da Vigilância em Saúde e, especialmente, com a Atenção Primária à Saúde. A organização da atenção e o planejamento das ações de saúde do trabalhador devem contemplar as especificidades dos perfis

das atividades produtivas e da população trabalhadora, considerando os problemas de saúde deles advindos, e sua distribuição nos territórios, em coerência à análise da situação de saúde dos trabalhadores.

10. Integração da Vigilância em Saúde do Trabalhador com os demais componentes da Vigilância em Saúde e com a Atenção Primária em Saúde:

- Considerando que a vigilância em saúde do trabalhador compreende um conjunto de ações e práticas que envolvem desde a vigilância sobre os agravos relacionados ao trabalho, tradicionalmente reconhecida como vigilância epidemiológica; intervenções sobre fatores de risco, ambientes e processos de trabalho, compreendendo ações de vigilância sanitária, até as ações relativas ao acompanhamento de indicadores para fins de avaliação da situação de saúde e articulação de ações de promoção da saúde e de prevenção de riscos, fica clara a existência de interfaces com os demais componentes da vigilância em saúde.

- Frequentemente os riscos advindos dos processos produtivos extrapolam os limites dos ambientes de trabalho e atingem, em maior ou menor grau, as comunidades e populações no entorno, ou até de locais mais distantes. Por outro lado, problemas de saúde, endemias e epidemias que atingem a população geral também afetam grupos de trabalhadores ou locais de trabalho específicos. Assim, pode-se observar certa superposição de ambientes, lugares e pessoas, que resultam na confluência de objetos e campos de atuação entre as vigilâncias epidemiológica, sanitária, em saúde ambiental e de saúde do trabalhador, incluindo o papel das redes, nacional e estadual, de laboratórios de saúde pública e dos setores responsáveis pelo acompanhamento e monitoramento das informações em saúde.

- O fortalecimento da capacidade de atuação e das competências técnicas e legais da vigilância em saúde do trabalhador e a integração das práticas entre as vigilâncias são, portanto, estratégias para a obtenção de melhores resultados na proteção da saúde dos trabalhadores.

- Por outro lado, considerando a integralidade do cuidado e seu papel estruturante no processo de construção da Rede de Atenção à Saúde, cabe também à Atenção Primária à Saúde o desenvolvimento de ações de VISAT, em seu âmbito de atuação e complexidade, e conforme o perfil produtivo e da população trabalhadora em seu território. Para viabilizar essas ações é fundamental a integração das vigilâncias com a Atenção Primária à Saúde.

- A nova política nacional de atenção básica preconiza a inserção de profissionais especializados como uma possibilidade de apoio matricial a ser desenvolvido pelo NASF, conforme sua nova regulamentação, o que demanda a articulação entre as equipes técnicas envolvidas nas ações de saúde do trabalhador.

11. **Análise do perfil produtivo e da situação de saúde dos trabalhadores:** o conhecimento da situação de saúde dos trabalhadores depende fundamentalmente da produção e sistematização das informações existentes em diversas fontes de dados e de interesse para o desenvolvimento das políticas de saúde do trabalhador, envolvendo o conhecimento sobre o perfil das atividades produtivas, da população trabalhadora, a realidade do mundo do trabalho, e a análise do perfil de morbimortalidade dos trabalhadores e de outros indicadores sociais, nos territórios. A análise da situação de saúde dos trabalhadores visa subsidiar o planejamento e a tomada de decisão dos gestores nas diversas esferas de gestão do SUS, assim como servir aos interesses e necessidades dos trabalhadores e da população. Além disso, deve subsidiar a permanente avaliação das políticas públicas e privadas, das empresas, dos trabalhadores e seus sindicatos, contribuindo inclusive na revisão, atualização e proposição de normas técnicas e legais. Para tal, as informações devem ser oportunas, fidedignas, inteligíveis e de fácil acesso.

12. Considerando o princípio de que a saúde do trabalhador é uma ação transversal a ser incorporada em todos os níveis de atenção e esferas de gestão do SUS, a capacidade de identificação da relação entre o trabalho e o processo saúde-doença deve ser implementada desde a atenção primária até o nível terciário, na Rede de Atenção à Saúde, incluindo as ações de Vigilância em Saúde. Ao mesmo tempo em que estes níveis de atenção se estabelecem com a lógica operacional da hierarquização e da regionalização, deve-se buscar o seu funcionamento enquanto rede solidária, resolutiva e de compartilhamento de saberes, práticas e de produção de conhecimento.

13. **Ações de Saúde do Trabalhador junto à Atenção Primária em Saúde (APS):** A Atenção Primária em Saúde é ordenadora da Rede de Atenção à Saúde do SUS, conforme consta na Portaria GM/MS Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Neste sentido, as equipes da APS e de saúde do trabalhador devem atuar de forma articulada para garantir o desenvolvimento de ações no âmbito individual e coletivo, abrangendo a promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, a prevenção de agravos relacionados ao trabalho, o diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde.

A ação da APS é desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Assim, cabe à APS considerar sempre que os territórios são espaços sócio-políticos dinâmicos, com trabalhadores residentes e não residentes, executando atividades produtivas e de trabalho em locais públicos e privados, peri e intradomiciliares

14. Ações de Saúde do Trabalhador junto à Urgência e Emergência:

Os pontos de atenção às urgências e emergências constituem locus privilegiado para a identificação dos casos de acidentes de trabalho graves e fatais, incluindo as intoxicações exógenas, assim como para o devido encaminhamento das informações aos setores de vigilância em saúde (e vigilância em saúde do trabalhador). Dada a frequência e gravidade desses casos, que são de notificação compulsória, aumenta a importância estratégica deste nível de atenção à saúde do SUS, possibilitando, a partir da notificação, o desencadeamento

de medidas de prevenção e controle nos ambientes e locais de trabalho. Desse modo, a articulação desta Política com a Política Nacional de Urgência e Emergência e com a Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências, e seus desdobramentos nos estados e municípios, são estratégicos para a garantia da integralidade da atenção à saúde do trabalhador.

15. Ações de Saúde do Trabalhador junto à Atenção Especializada (Ambulatorial e Hospitalar): Considerando a lógica operacional da hierarquização e da regionalização das ações e serviços de saúde, os pontos de atenção especializada são essenciais para a garantia da integralidade do cuidado aos trabalhadores portadores de agravos à saúde relacionados ao

trabalho. Assim, diagnóstico, tratamento e reabilitação desses agravos devem ser viabilizados na rede, conforme o perfil epidemiológico e as necessidades de saúde do trabalhador em cada região.

16. Fortalecimento e ampliação da articulação intersetorial:

- A atuação intersetorial é pressuposto constituinte da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora e condição para a obtenção de impactos positivos na intervenção nos determinantes das condições de saúde e trabalho.

- Deve ser entendida como a "... articulação entre sujeitos de setores sociais diversos, saberes, poderes e vontades, para enfrentar problemas complexos. É uma nova forma de trabalhar, de governar e de construir políticas públicas que possibilite a superação da fragmentação dos conhecimentos e das estruturas sociais para produzir efeitos mais significativos na saúde da população". (Rede Unida)

- Sua prática possibilita o estabelecimento de estratégias de planejamento conjunto e articulado entre as políticas públicas, de modo a garantir a transversalidade das questões de saúde do trabalhador, de forma complementar, cooperativa e solidária.

- A intersetorialidade permite o estabelecimento de espaços compartilhados entre instituições e setores de governos e entre diferentes esferas de governo - federal, estadual e municipal, que atuam na produção da saúde, na formulação, implementação e acompanhamento de políticas, públicas e privadas, que possam ter impacto sobre a saúde da população. Nos estados e municípios envolve órgãos dos governos locais, estaduais e municipais, estruturas derivadas dos ministérios que atuam nas regiões, tais como Superintendências Regionais do Trabalho e Emprego (SRTE), Superintendências Regionais do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) e unidades descentralizadas da Fundacentro, Ministério Público, universidades, centros de pesquisas, entre outros.

17. Estímulo à participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social:

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

- Isso requer a busca de alternativas para a ampliação da representação dos trabalhadores nas instâncias de participação e controle social. Dessa forma, além dos trabalhadores inseridos no mercado formal de trabalho e suas organizações sindicais, sugerem-se esforços que equacionem a participação de outras representações sociais que congreguem os trabalhadores de setores da economia informal, de produção agrícola, pescadores, comunidades tradicionais, trabalhadores rurais sem terra, quilombolas, trabalhadores autônomos e outros; dos empregadores; de grupos sociais e movimentos ambientalistas; com vistas à identificação de soluções e compromissos que favoreçam a promoção e a proteção da saúde de todos os trabalhadores.

- A participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social em saúde do trabalhador deve ser concebida como parte do controle social do SUS e deve estar em consonância com os princípios e diretrizes da Política de Gestão Estratégica e Participativa do SUS.

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

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

- Esse processo - abrangendo as esferas cognitivas e das competências, habilidades e atitudes - deverá proporcionar a preparação de profissionais, em quantidade suficiente, envolvendo a qualificação nas dimensões da gestão, planejamento e acompanhamento, da vigilância de agravos e dos ambientes e processos de trabalho, da assistência (diagnóstico, tratamento e reabilitação), da produção de informações e comunicação em saúde e da organização dos serviços.

Entre as habilidades a serem incentivadas, figura a de permanente diálogo com as demais instituições responsáveis pelas ações de saúde dos trabalhadores, os trabalhadores e os empregadores, para que se efetive o controle social.

19. Garantia do financiamento das ações de saúde do trabalhador - O financiamento das ações de saúde é de responsabilidade das três esferas de governo, conforme o disposto na Constituição Federal e nas Leis nº 8.080, de 1990, e nº 8.142, de 1990. Por isso, o desenvolvimento da PNST no SUS deve ser garantido através das fontes de financiamento do próprio sistema de saúde, devendo ser contemplada de modo adequado e permanente nos orçamentos de saúde da União, Estados, Municípios e DF, além de outras fontes.

- As ações de saúde do trabalhador, a serem desenvolvidas conforme esta Política e as políticas estadual e municipal de saúde, deverão contar com a respectiva previsão orçamentária, definida nos planos e nas programações anuais de saúde, nas três esferas de gestão do SUS.

- Para a garantia do financiamento, as ações de promoção e vigilância, de atenção à saúde do trabalhador, de educação permanente, entre outras, devem ser incluídas nos planos de saúde com especificação das respectivas necessidades orçamentárias e financeiras em cada um dos blocos de financiamento do SUS, conforme legislação específica, uma vez que as ações de saúde do trabalhador devem ser executadas por todos os pontos da rede, conforme a complexidade e densidade tecnológica de cada uma delas.