

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SETOR DE CIENCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAUDE COLETIVA

JUAN CARLOS GARCIA ORTEGA

**IMPORTANCIA DOS AGENTES COMUNITARIOS DE SAUDE NA SAUDE
INTEGRAL DO TRABALHADOR COMO FONTE INSPIRADORA NA INOVAÇÃO**

CURITIBA

2022

JUAN CARLOS GARCIA ORTEGA

**IMPORTANCIA DOS AGENTES COMUNITARIOS DE SAUDE NA SAUDE
INTEGRAL DO TRABALHADOR COMO FONTE INPIRADORA NA INOVAÇÃO**

Artigo apresentado a Especialização em Medicina Do Trabalho, do Departamento de Saúde Coletiva, Setor de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à conclusão do Curso.

Orientador: Dr. Guilherme Murta

CURITIBA

2022

RESUMO

A inserção dos Agentes Comunitários de Saúde desde 1987 no Brasil, assim como a criação de políticas públicas focadas no fortalecimento da preparação deste profissional na Atenção Primária da Saúde, para enfrentar as diversas tarefas em todos os municípios e regiões do país e tendo como antecedente a publicação de estudos científicos conjuntos entre a OIT e OMS, onde revela que a principal causa de morte dos trabalhadores são as Doenças Não Transmissíveis (DPOC e doenças vasculares), ou seja doenças preveníveis, é por isto que os ACS devem ter uma participação mais direta na saúde do trabalhador, além de ser fonte de monitoramento de seus determinantes (53) para a criação de políticas que impactem positivamente a saúde integral do trabalhador, melhoraria o panorama para alcançar os 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável no 2030.

As mudanças e desafios mundiais nos diferentes mercados exigem como principal fonte de inspiração a inovação. A posição do Brasil no cenário mundial da inovação ocupa a posição 54ª entre 132 nações no Índice Global de Inovação (IGI) 2022 (1). Isto deve levar a uma reflexão sobre o sistema político democrático e social do Brasil em comparação com a Suíça que leva 12º ano consecutivo no primeiro lugar no Índice Global de Inovação (IGI), sendo o principal exemplo de modelo de participação política democrática do cidadão, convertendo-a em potência inovadora. (2); mas se comparamos seus sistemas sanitários, observamos que o sistema Universal SUS (54) é para 217 milhões de habitantes que a diferença da suíça tem 8.5 milhões de habitantes, mesmo assim, o sistema de saúde da suíça enfrenta dificuldades na Atenção Primária na Saúde porque eles não têm ACS e devem fazer o pagamento dos impostos somado aos seguros de alto custo da saúde (55), o qual é obrigatório para todos os cidadãos suíços que moram nos cantões e comunas. Se o Brasil focara toda a informação gerada pelos ACS junto com o uso da Tecnologia da informação se pode lograr um grande salto e ter posiciones de destaque em todas as áreas do desenvolvimento.

O sucesso dos ACS no SUS na Atenção Básica brasileira para a prevenção de doenças e preservação da saúde, pode ser focado para melhorar a saúde integral do trabalhador, mas eles não estão inseridos nas equipes do SESMT (5). Algumas empresas contratam assistentes sociais, não entanto estes profissionais não estão inseridos no SESMT, mas estão capacitados para desempenhar atividades gerenciais e administrativas de nível superior de assistência social de

acordo com suas atribuições da Lei N° 8.662, de 7 de junho de 1993; a diferença dos ACS que poderiam estar mais alinhados com as atividades da equipe do SESMT (técnico ou Auxiliar de enfermagem do trabalho, técnico em segurança do trabalho, enfermeiro do trabalho e médico do trabalho) de acordo com suas atribuições da Lei N° 13.595 de janeiro de 2018 o que levaria na prevenção das Doenças Não Transmissíveis nos trabalhadores.

Tendo em vista o exposto, considera-se a importância dos Agentes Comunitários da Saúde na saúde integral do trabalhador que seriam a chave inovadora para melhorar o modelo político, administrativo e democrático do Brasil para o atendimento das necessidades e prioridades dos trabalhadores, empregadores e do Estado.

Palavras chaves: Agentes Comunitários da Saúde (ACS),
Saúde integral do trabalhador, Inovação

ABSTRACT

The insertion of Community Health Agents in Brazil since 1987, as well as the creation of public politics focused on strengthening the preparation of this professional in Primary Health Care to face the different tasks in all municipalities and regions of the country and having as an antecedent the publication of joint scientific studies between the international labor organization and World Health Organization, where it reveals that the main cause of death of workers are Non-Communicable Diseases (Vascular Diseases, DPOC); I mean preventable diseases, that is why the ACS must have a more direct participation in the worker's health, in addition to being a source of monitoring its determinants (53) for the creation of politics that positively impact the integral health of the worker, would improve the outlook for achieving the 17 Sustainable Development Goals by 2030.

Global changes and challenges in different markets require innovation as the main source of inspiration. Brazil's position on the world stage of innovation ranks 54th out of 132 nations in the 2022 Global Innovation Index (IGI) (1). This should lead to a reflection on Brazil's democratic political and social system in comparison with Switzerland, which has ranked first in the Global Innovation Index (IGI) for the 12th consecutive year, being the main example of a model of democratic political participation by citizens, converting it into innovative power. (two); but if we compare their health systems, we observe that the Universal SUS system (54) is for 217 million

inhabitants unlike Switzerland has 8.5 million inhabitants, even so, the health system in Switzerland faces difficulties in Primary Health Care because they do not have ACS and must pay taxes in addition to high-cost health insurance (55), which is mandatory for all Swiss citizens living in cantons and communes. If Brazil focuses on all the information generated by the ACS together with the use of Information Technology, it can achieve a great leap and have prominent positions in all areas of development.

The success of the ACS in the SUS in Brazilian Primary Care for disease prevention and health preservation can be focused on improving the overall health of the worker, but they are not included in the SESMT teams (5). Some companies hire social workers, however these professionals are not included in the SESMT, but are trained to perform managerial and administrative activities at a higher level of social assistance in accordance with their attributions under Law No. 8662, of June 7, 1993; the difference of the ACS who could be more aligned with the activities of the SESMT team (technician or nursing assistant at work, technician in safety at work, nurse at work and doctor at work) according to their attributions of Law N° 13,595 of January 2018 which would lead to the prevention of Non-Communicable Diseases in workers.

In view of the above, it is considered the importance of Community Health Agents in the integral health of workers, who would be the innovative key to improving Brazil's political, administrative and democratic model for meeting the needs and priorities of workers, employers and the public. State.

Keywords: Community Health Agents (ACS),
Comprehensive worker health, Innovation

LISTA DE SIGLAS

ACE- Agentes que Combatem Endemias

ACS- Agentes Comunitários da Saúde

ACNUR- Agencia da ONU para Refugiados

DNA- Ácido Desoxirribonucleico/ mitocondrial mtDNA

DPOC-Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

DSMO- Densitometria óssea scanner

DSS- Determinantes Sociais de Saúde

EUA- Estados Unidos de América

IGI- Índice Global de Inovação

ODM- Objetivos de Desenvolvimento do Milênio

ODS- Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

OIT- Organização Internacional do Trabalho

ONU- Organização das Nações Unidas

OMS- Organização Mundial da Saúde

SESMT- Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	6
2	METODOS	8
3	REVISAO DA LITERATURA	9
3.1	Determinantes sociais em saúde	9
3.1.1	Determinantes sociais em saúde (DSS) nos EUA feitos pela Goivo	11
3.2	Objetivos de desenvolvimento sustentável	16
3.3	Saúde integral do trabalhador: OMS/OIT	19
3.4	Índice Global de Inovação	22
3.5	Comparação entre o sistema político-administrativo Brasileiro e Suíço e como influenciam na Inovação	24
3.6	Agentes Comunitários de Saúde	32
3.7	Assistentes sociais ou Agentes Comunitários de Saúde	36
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS	39
	REFERENCIAS	42

1 INTRODUÇÃO

O ideal que as mudanças sociais e democráticas no mundo contemporâneo nos diferentes campos produtivos e nos processos de trabalho, vem com as tendências, dilemas, desafios da saúde social do trabalhador, com políticas públicas que favoreça a saúde coletiva como mecanismo participativo nas decisões que beneficiem trabalhadores, empregadores e o Estado, principalmente no cenário da produção científica e transmissão dos conhecimentos. (6)

Um departamento conjunto entre os Ministérios da Saúde e o Ministério do Trabalho onde abordariam melhor a saúde integral do trabalhador como fazem a Organização Mundial da Saúde e Organização Internacional do Trabalho OMS/OIT de acordo com os estudos recentes publicados pelo departamento conjunto em matéria de saúde do trabalhador. (8) Onde mostra que a principal causa de morte dos trabalhadores se relacionam com Doenças Não Transmissíveis todas elas podem ser prevenidas e mortes evitáveis (DPOC e Doenças vasculares), o que leva a sobrecarga dos sistemas de saúde, reduzem produtividade e podem ter um impacto catastrófico na renda das famílias, disse o Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, diretor-geral da OMS.

O Brasil tem a experiência dos Agentes Comunitários da Saúde e Agentes que Combatem Endemias (ACS/ACE) na Estratégia da Saúde da Família na Atenção Básica, onde seu trabalho ganha espaço no sistema de saúde com novas atribuições para melhorar a prevenção das doenças e preservação da saúde.(3) Ao observar o trabalho dos ACS se pode dizer, que são a representação do Estado na sua moradia, no bairro, convive com os problemas da comunidade, sabe e conhece as necessidades da região, eles podem influenciar para melhorar políticas públicas que impactam positivamente os Determinantes Sociais de Saúde (DSS), assim como também os desafios mundiais para o 2030 (17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentáveis).

O ideal que as queixas, necessidades e prioridades dos cidadãos, assim como temas sociais, precisam ser resolvidas, ou seja, elas devem ser “a agenda dos governantes de cada região” para ser obedecida, além de melhorar a democracia participativa, os ACS seriam a peça fundamental para fomentar a cultura e o modelo político-administrativo de participação para diminuir as desigualdades sociais e econômicas.

No caderno de Atenção Básica nº41 saúde do trabalhador(a) feito pelo Ministério da Saúde (4) sem a participação do Ministério do Trabalho, relata com deve ser abordada a saúde do trabalhador das empresas domiciliares (empresas onde moram os trabalhadores), mas o que

acontece com as empresas que não são domiciliares ou SESMT?

Os Agentes Comunitários de Saúde fomentaria a cultura participativa dos trabalhadores e melhoraria o modelo político, administrativo e democrático do Brasil que é o caminho da inovação, além de ser a chave para o atendimento das necessidades e prioridades dos trabalhadores, empregadores e o Estado.

O Índice Global de Inovação é uma ferramenta que indica a inovação das nações, sem importar seu grau de desenvolvimento. Foram 132 nações participantes no ano 2022, além de medir os ecossistemas de inovação, mede o sucesso de políticas públicas adotadas para alcançar o desenvolvimento da inovação nas nações e suas respectivas empresas que participaram.(1) Como exemplo temos o desenvolvimento da vacina anti-Sars-Cov-2 desenvolvida por países com nível de desenvolvimento alto em matéria da inovação, em um tempo recorde, com altos padrões de qualidade, respondendo as necessidades da sociedade e de acordo com seu grau de eficácia se conseguiu conter a mortalidade pela pandemia viral no mundo inteiro.(9)

Os ACS são conhecedores das famílias cadastradas da sua área de abrangência, assim como o mapeamento estratégico com novas tarefas para a prevenção das doenças, a importância dos ACS na saúde integral do trabalhador, se fundamenta que não existe a contratação de este trabalhador nas empresas SESMT, apresentando-se um buraco na saúde social dos trabalhadores e nas empresas com ou sem Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT) de acordo com a NR 4 e Portaria N.º 11, de 17 de setembro de 1990,(5) além da importância das políticas públicas por meio da saúde coletiva como mecanismo participativo nas decisões que beneficiem os trabalhadores, empregadores e o Estado

2 METODOS

O desenvolvimento da revisão literária se baseou em um estudo retrospectivo longitudinal no tempo que buscam analisar eventos atuais, mas com dados de eventos passados. Se busca analisar a atuação dos ACS no Brasil no desenvolvimento da APS e desta forma aplicar sua experiência na saúde integral do trabalhador. É por isto que uma democratização participativa direta como fonte da inovação sustentável. A descrição do método de coleta de evidencia foi realizado por levantamento bibliográfico eletrônico no PubMed, BVS e Scielo. Considerando os períodos de janeiro de 2000 e julho de 2022, incluindo os idiomas português, espanhol, inglês e alemão. Os descritores utilizados para a busca das pesquisas foram: saúde integral do trabalhador, Agentes Comunitários de Saúde, objetivos de desenvolvimento sustentáveis, determinantes sociais de saúde, Inovação, Suíça país mais inovador, democratização Suíça, diferencias entre suíça e Brasil, saúde coletiva, saúde pública. Para a seleção dos artigos, foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: ao observar um personagem faltante na equipe da saúde integral do trabalhador para seu desenvolvimento social e entender que saúde integral não somente saúde significa cuidados médicos, significado e interpretação das palavras, resultados de pesquisa de acordo com a relevância relacionada ao título, leitura dos seus respectivos resumos e conclusões. Se realizo um análise critico das organizações mundiais no campo da inovação, a saúde e o trabalho como eixo para propor soluciones, realizou uma leitura e comparação das informações de cada artigo, verifico se escritores que marcaram um pensamento e um caminho e solução nos seus respectivos países. Para análise foram selecionados 48 artigos, sendo 16 provenientes de países da América do Norte e Europa e 32 nacionais.

A apresentação e discussão dos resultados encontrados são feitas sob sete perspectivas analíticas: Critérios de Inclusão dos artigos e tópicos na presente revisão de literatura: Determinantes Sociais em Saúde, Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, Saúde Integral do Trabalhador: OMS/OIT, Índice Global de Inovação, Comparação entre o sistema político-administrativo Brasileiro e Suíço e como influenciam na Inovação, Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Se apresentou dois estudos científicos com grau de recomendação e força de evidencia grau (A) Estudos experimentais ou observacionais de melhor consistência, WIPO, estudo conjunto OMS/OIT nenhum conflito de interesse declarado.

3 REVISAO DA LITERATURA

Nesta revisão da literatura se dará a conhecer a importância dos determinantes sociais em saúde, os objetivos de desenvolvimento sustentável, a saúde integral do trabalhador OMS/OIT, o índice global de inovação, se faz uma comparação entre o sistema político-administrativo Suíço e Brasileiro e como a Suíça influencia na Inovação. Também se abordará a importância dos Agentes Comunitários de Saúde no Brasil e sua importância na saúde dos trabalhadores, como também a diferença dos assistentes sociais e os ACS.

3.1 DETERMINANTES SOCIAIS EM SAÚDE

Não podemos falar de trabalho sem falar dos Determinantes Sociais de Saúde (DDS), onde as organizações como: ONU, OMS, OIT se relacionam e trabalham conjuntamente, assim como os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável estão relacionados com os Determinantes dos indivíduos e populacionais em diferentes estádios de desenvolvimento, mas todos vão depender de políticas públicas.

“As desigualdades sociais em saúde são manifestações de determinantes sociais do processo saúde-doença. Nenhuma resposta médica resolvera o problema, nem intervenções que enfatizem o estilo de vida concebido como fruto de escolhas individuais. O enfrentamento das desigualdades sociais em saúde depende de políticas públicas capazes de modificar os determinantes sociais, melhorar a distribuição dos benefícios ou minorar os efeitos da distribuição desigual de poder e propriedade nas sociedades modernas” (11)

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define que os DSS são as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham. Os DSS são os fatores sociais, econômicos, educacionais, culturais, psicológicos, étnicos e as condições ambientais, assim como comportamentais provocando risco aos indivíduos e grupos populacionais que vão influenciar na ocorrência de problemas de saúde. (12) A OMS adotou o modelo de camadas, criado por Dahlgren e Whitehead para esquematizar os DSS. Estas camadas se dividem em características de idade, sexo e fatores hereditários, seguidos de estilo de vida dos indivíduos, em seguida suas redes comunitárias e sociais, posteriormente figuram as condições de vida, de trabalho, educação, saneamento básico, alimentação, moradia e acesso aos serviços de saúde, já na última camada

encontramos as condições socio econômicas, culturais e ambientais.

Não se pretende enfatizar as diferentes teorias que explicam as desigualdades em saúde no presente estudo, mas nesta era da digitalização como no caso da empresa “Goinvo” nos EUA fazendo uso de Tecnologia da Informação e infraestrutura digital em saúde, ela criou e mediu um tipagem inovador através de um aplicativo onde classificou os Determinantes Sociais em Saúde em fatores: genéticos e biológicos 22%, comportamentais 36%, ambientais 7%, cuidados médicos 11% e circunstanciais sociais 24%, eles se relacionam em variados níveis de abrangência. (13) Se apresenta participação dos Agentes Comunitários da Saúde, pesquisas, sensores, dados nacionais interligados que permitem estabelecer que o significado da saúde é, mas que cuidados feito pelo médico”, fazendo uso de um mapeamento dos sistemas complexos na área de saúde com um código aberto. Ou seja, para manutenção da saúde dos indivíduos o 89% acontece fora do espaço do clínico.

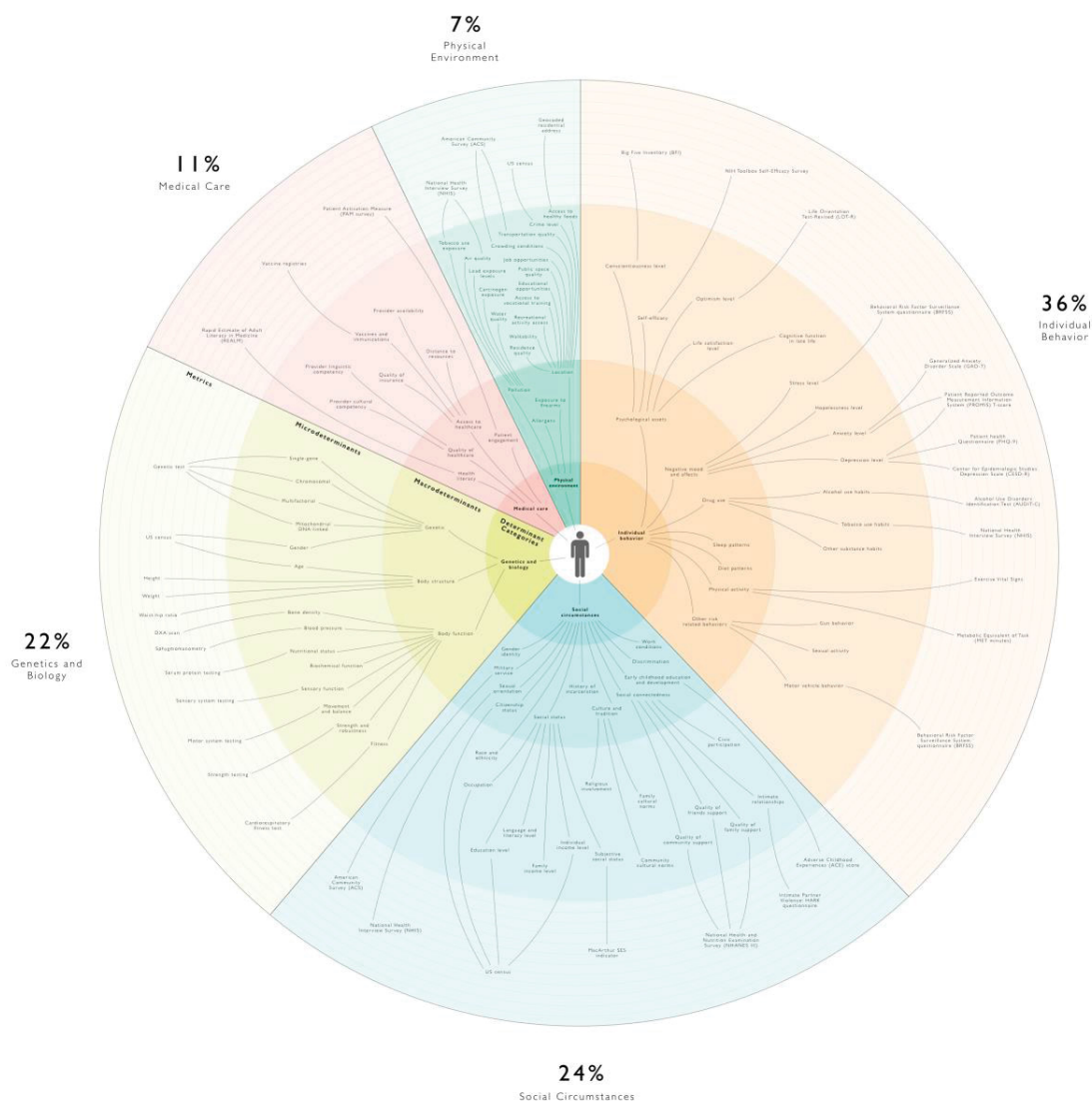


Figura 1 Mapeamento dos DSS nos EUA feitos pela Goivo

3.1.1 Determinantes sociais em saúde (DSS) nos EUA feitos pela Goivo

❖ Ambiente Físico: 7%

1. Alérgenos
2. Exposição armas de fogo
3. Poluição

- a. Qualidade da água,
 - b. Exposição de alérgenos,
 - c. Nível de exposição ao chumbo,
 - d. Qualidade do Ar (Pesquisa Nacional de Entrevistas em Saúde)
 - e. Exposição ao Tabaco (Pesquisa Nacional de Entrevistas em saúde)
4. Localização do indivíduo:
- a. Qualidade da habitação
 - b. Acessibilidade para caminhada
 - c. Acesso para atividades recreativas
 - d. Acesso a formação profissional
 - e. Oportunidade educacional
 - f. Espaços públicos de qualidade
 - g. Oportunidade de emprego
 - h. Condições de superlotação (Pesquisas ACS)
 - i. Qualidade no transporte (pesquisa dos ACS)
 - j. Nível de criminalidade: Censo EUA
 - k. Acesso a alimentação saudável: (Endereço residencial codificado)

❖ Assistência médica: 11%

- 1. Conhecimento e alfabetização médica: estimativa rápida de alfabetização médica em adultos ERAM
- 2. Qualidade da assistência médica:
 - a. Competência Cultural do Provedor de Saúde
 - b. Competência linguística do profissional de saúde
- 3. Acesso aos cuidados de saúde:
 - a. Qualidade do seguro médico
 - b. Vacinação e imunização: Registros de Vacinação
 - c. Distância aos recursos de saúde
 - d. Disponibilidade do provedor de saúde
- 4. Envolvimento como paciente: Medida de ativação como paciente (pesquisa PAM)

❖ Genética e Biologia: 22%

1. Texto Genético:

- a. Gên. único
- b. Cromossômico
- c. Multifatorial
- d. Mitocondrial ligado ao DNA
- e. Gênero: Censo dos EUA

2. Estrutura Corporal:

- a. idade: Censo dos EUA
- b. Altura
- c. Peso
- d. Relação cintura quadril

3. Função corporal

- a. Densidade óssea: scanner DSMO
- b. Pressão arterial: esfigmomanômetro
- c. Estado nutricional: teste de proteína sérica
- d. Função bioquímica
- e. Função Sensorial: Exame do Sistema Sensorial
- f. Movimento e equilíbrio: exame motor
- g. Força e robustez: exame de força
- h. Condição de atividade física: exame de atividade física do tipo cardiorrespiratório

❖ Circunstâncias Sociais: 24%

- 1. Identidade de gênero
- 2. Serviço Militar: pesquisa ACS
- 3. Orientação Sexual: Pesquisa Nacional de Entrevistas de Saúde NHIS
- 4. Status de cidadania
- 5. Raça e etnia

6. Histórico de encarceramento (Cadeia)
7. Desenvolvimento e Educação na Primeira Infância: Pontuação de Experiência Adversa na Infância da ACE
8. Discriminação
9. Condições de Trabalho
10. Status Social:
 - a. Ocupação: Censo dos EUA
 - b. Nível educacional: Censo dos EUA
 - c. Nível de alfabetização e uso da língua
 - d. Nível de renda familiar
 - e. Nível de Renda Individual: Censo Dois dos EUA
 - f. Status social subjetivo: indicador Mac Arthur SES
11. Cultura e Tradição:
 - a. Normas culturais familiares
 - b. Envolvimento Religioso
 - c. Normas culturais da comunidade
12. Conexões Sociais:
 - a. Participação cívica
 - b. Relações Íntimas e Domésticas: Questionário de Violência Doméstica Íntima da HARK
 - c. Qualidade do apoio familiar: Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição NHANES III
 - d. Qualidade do apoio de dois amigos e comunidade

❖ Comportamento Individual: 36%

1. Padrões de Dieta
2. Padrões de sono
3. Atividade Física
 - a. Sinais vitais antes de fazer exercício
 - b. Equivalentes metabólicos por tarefa ou trabalho (minutos MET)
4. Outros riscos relacionados à conduta:

- a. Conduta em relação às armas de fogo
 - b. atividade sexual
 - c. Comportamento em relação a veículos motorizados: Questionário do sistema de vigilância de fatores de risco comportamental BRFSS
5. Aspecto psicológico:
- a. Nível de Conscientização: Inventário dos Cinco Grandes
 - b. Autoeficácia: ferramentas de pesquisa do NIH para autoeficácia
 - c. Nível de otimismo: texto revisado de orientação de vida LOT-R
 - d. Nível de satisfação de vida
 - e. Função cognitiva na velhice
6. Humor e efeitos negativos:
- a. Nível de estresse: questionário do sistema de vigilância de fatores de risco comportamental BRFSS
 - b. Nível de Desesperança:
 - c. Nível de ansiedade:
 - 1. Escala de Transtorno de Ansiedade Generalizada GAD-7
 - 2. Escala do sistema de informação da medicina dois resultados percebidos pelos pacientes PROMIS
 - d. Nível de depressão:
 - 1. Escala do sistema de informação da medicina dois resultados percebidos pelos pacientes PROMIS
 - 2. Questionário de Saúde do Paciente PHQ-9
 - 3. Centro de Estudos Epidemiológicos Escala de Depressão CESD-R
7. Uso de drogas:
- a. Hábitos de uso de álcool: teste de identificação de transtorno por uso de álcool AUDIT-C
 - b. Hábitos de uso do tabaco: Pesquisa Nacional de Entrevistas de Saúde NHIS
 - c. Hábitos de uso de outras substâncias

Como podemos observar os Agentes Comunitários estão inseridos no sistema de saúde americano nos determinantes sociais de saúde no seu ambiente físico e circunstâncias sociais. Suas modalidades Medicare e Medicaid, a modalidade que fornecem assistência gratuita a um número bem limitado de pessoas e existem uma série de critérios e os serviços e apesar de ser gratuito não cobre todos os exames, os procedimentos necessários e muitas vezes os beneficiários precisam desembolsar valores exorbitantes para ter acesso ao tratamento necessário como o caso de serviços de cuidados de longa permanência, serviços odontológicos e oftalmológicos. O governo é responsável apenas pelo repasse financeiro, eles funcionam como um plano de saúde estatal, fornecem assistência médica privada com fragmentação nos atendimentos, internações hospitalares, cuidados críticos, serviços de saúde mental e algumas visitas domiciliares, consultas médicas, ambulatoriais, serviços de prevenção e alguns medicamentos entre outros, tem um forte impacto no sistema de saúde americano onde a população com menor poder aquisitivo sofre mais pela falta de acesso ao sistema.

A diferença do Sistema Único de Saúde (SUS) que é um patrimônio e um desafio brasileiro, é universal, ele oferece variados tipos de atendimentos e especialidades de forma gratuita para toda a população, independente da classe social, sendo responsabilidade do governo que regula os recursos para cada setor e ser o provedor da saúde pública com base nos princípios da universalidade, equidade, integralidade, hierarquização, regionalização, descentralização, participação social.

3.2 OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL

Os recursos gerados por uma nação não sempre chegam igualmente especialmente para as minorias numéricas que é a população mais carente para sua sustentação; é por isto que as nações precisam que os recursos sejam colocados equitativamente por esse motivo precisam de políticas públicas para sua execução.

Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) são um movimento social que se fundamenta no reconhecimento do ambiente, desenvolvimento socioeconômico e saúde humana a nível mundial. Foram elaborados na base dos 8 Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) com metas concretas, específicas e medíveis e estabelecidas pelas Nações Unidas no ano 2000 para erradicar a fome, pobreza, analfabetismos e as doenças antes do ano 2015. Avanços

importantes aconteceram, mas continuam existindo as desigualdades em populações, especialmente em países mais pobres e menos desenvolvidos, desta forma, também as discriminações de sexo, idade e étnica.

No ano 2015 os líderes mundiais da Organização das Nações Unidas (ONU) fizeram um acordo sobre os 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) para melhorar o bem-estar de seus povos antes do 2030. (7)

Dos 17 ODS um se centra na saúde e os outros 16 estão orientados principalmente nos Determinantes Sociais, Econômicos e do entorno, isto reflete uma mudança mundial para incluir e ampliar os determinantes para o bem-estar humano a nível mundial. (10)

Estes objetivos ambiciosos, interconectados, interdependentes, abordam os principais desafios de desenvolvimento do Brasil, este trabalho destacara o ODS número 8 que diz: “Trabalho decente e crescimento econômico”, é um dos principais ODS(7) que estão relacionados com a medicina do trabalho, suas mudanças devem ser feitas pensando na saúde coletiva (mudanças de acordo com as necessidades dos trabalhadores) para obter saúde integral do trabalhador (Física, Mental e Social) indivíduos com capacidade de trabalhar podem ter uma melhor qualidade de vida e atingir outros ODS como a erradicação da fome, pobreza, analfabetismo, melhorar a qualidade da água e saneamento básico.

A inclusão de políticas públicas de qualidade influenciadas pelo modelo de participação político-administrativa das comunidades e trabalhadores para atingir suas necessidades e prioridades, assim como a redução das desigualdades das minorias numéricas, favoreceram a inovação, tema que será abordado em outros tópicos.



Figura 2 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável ODS.

3.3 SAÚDE INTEGRAL DO TRABALHADOR: OMS/OIT

A Organização Mundial da Saúde (OMS) junto com a Organização Mundial do Trabalho (OIT) nos permite observar por meio do estudo científico (8) em conjunto divulgado em maio de 2021, como deve ser abordada a saúde integral de nossos trabalhadores no Brasil, onde os temas de saúde do trabalhador se relacionam ou seja, que deve existir um departamento em conjunto, que resolva qualquer tema do trabalhador, além de ter Agentes Comunitários da Saúde do Trabalhador ACS que dependam de este departamento, mas não como agentes fiscalizadores, sim como ideia inovadora onde permite fomentar a comunicação e a participação das necessidades e prioridades dos trabalhadores e empregadores para executar políticas públicas de acordo com o área de abrangência de cada região.

“Garantir a saúde e a segurança dos trabalhadores é uma responsabilidade compartilhada do setor de saúde e do trabalho, pois não se pode deixar nenhum trabalhador para trás nesse aspecto. No espírito dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da ONU, saúde e trabalho devem trabalhar juntos, de mãos dadas, para garantir que esse grande fardo de doenças seja eliminado.” disse a Dra. Maria Neira, diretora do Departamento de Meio Ambiente, Mudança Climática e Saúde da OMS.

O estudo estabeleceu que longas jornadas de trabalho é fator de risco associado a maior carga de doenças relacionadas ao trabalho que provocaram a morte de 1,9 milhão de pessoas no período 2000 ao 2016, A maior causa das mortes foi devido as Doenças Não Transmissíveis (DNT) 81% que foram as doenças respiratórias DPOC 450.000 mortes e os acidentes vasculares AVC 400.000 mortes e Cardiopatias isquêmicas 360.000 mortes. As lesões ocupacionais causam 19% das mortes (360.000 mortes). As lesões e doenças relacionadas ao trabalho sobrecarregam os sistemas de saúde, reduzem a produtividade e podem ter um impacto negativo na renda das famílias, mas pensemos quantas das mortes por DNT podem evitar pela participação dos ACS-T?

“As normas internacionais do trabalho e as ferramentas e diretrizes da OMS e da OIT fornecem uma base sólida para a implantação de sistemas de saúde e segurança ocupacional sólidos, eficazes e sustentáveis em diferentes níveis. Sua aplicação deve ajudar a reduzir significativamente essas mortes e incapacidades”, disse Vera Paquete-Perdigão, diretora do Departamento de Governança e Tripartite da OIT.

O relatório estima que a carga total de doenças relacionadas ao trabalho provavelmente seja

muito maior somado as perdas futuras causadas por outros fatores ocupacionais e com dimensões, principalmente os efeitos da pandemia causados pelo vírus SARS-2 refletido em estimativas futuras.

A saúde integral do trabalhador configura-se como práticas e conhecimentos estratégicos interdisciplinares, técnicos, sociais, políticos, humanos, multiprofissionais e interinstitucionais, voltados para analisar e intervir nas relações de trabalho que provocam doenças e agravos, seus marcos de referência são a saúde coletiva ou seja a promoção, prevenção e vigilância. (51)

Na saúde pública, as mudanças são localizadas e graduais, de acordo com as “*possibilidades do Estado*”. Já na saúde coletiva, as mudanças devem ser radicais, de acordo com a “*necessidade da comunidade*”, e resultantes de um embate entre Estado e sociedade. Este conceito muda o panorama da saúde integral do trabalhador no que respeita sua saúde social.

Numa democracia participativa direita não precisa de este embate porque os que tomam as decisões para melhorar e qualificar o trabalho, são os mesmos trabalhadores que precisam da inovação e políticas para melhorar produtividade, competitividade e obter melhores salários.

Segundo o Professor Alberto Pellegrini Filho precisa se trabalhar em três focos: em primer lugar a **intersectorialidade** que é esforço conjunto do governo, com eixo para combater inequidades sociais. segundo da **Participação Social** para agir sobre os (DSS) Determinantes, Sociais em Saúde, fazer novas políticas, mudar seus comportamentos nocivos, lutar pelos seus direitos, apoio a políticas que buscam mudar condições de vida saudável, redistribuir recursos, redistribuir poder dentro das sociedades e terceiro **obter Informação**, as pessoas devem saber o que está acontecendo (direito á comunicação), os (ACS) Agentes Comunitários em Saúde são os veículos para obter esta informação no dia a dia (indicadores) para fazer produção científica de qualidade e desta forma pode se planejar, testar, executar programas e projetos, mas como observamos na medicina de trabalho não temos agentes comunitários de saúde que recolhe toda a informação do trabalhador. O Ministério da Saúde entende sua importância do ACS na Saúde Coletiva e o integra na "Saúde do Trabalhador “por médio do Caderno No. 41 onde os ACS têm participação nas empresas domiciliares; mas aonde ficam as empresas não domiciliares e as empresas SESMT (Portaria N.º 11, de 17 de setembro de 1990) se na sua nomina não tem este tipo de profissional ficando uma brecha na saúde social deste trabalhador.

“N.º 4. Os Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho deverão ser integrados por Médico do Trabalho, Engenheiro do Trabalho, Enfermeiro

de Segurança do Trabalho, Técnico de Segurança do Trabalho e Auxiliar de Enfermagem do Trabalho, obedecido o Quadro II, anexo”.

Como observamos o SESMT não tem Agentes Comunitários em Saúde os quais impactariam na principal causa de morte dos trabalhadores que é DNT (DPOC, Doenças Vasculares) as primeiras são influenciadas pelo uso de EPIs e o tempo de duração da exposição aos produtos tóxicos, mais o segundo tem muita responsabilidade no sistema de saúde e cuidado do trabalhador.

Os ACS, é um profissional capaz de impactar na produtividade, competitividade e inovação das empresas, fazer cadastro de acordo com os códigos ou atividades econômicas na CNAE do IBGE dos trabalhadores, assim como realizem controle e monitorizem a pressão arterial, glicose do paciente, a informação do ACS pode modificar o risco de suicídio do trabalhador e na pronta informação para detectar possíveis riscos na saúde e participa das principais necessidades do trabalhador.

O ACS deve ser a ponte entre o ministério de saúde e ministério do trabalho, trabalhador, comunidade, empresa. Assim como a ONU nós demonstrou e integrou um departamento conjunto entre a OMS e a OIT, este é o momento propício para adoção e exemplo que saúde do trabalhador deve ser integral. (52) Exemplo: o 19 novembro 2021 ACNUR (Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados) e parceiros fazem mutirão de atendimento a refugiados e migrantes em SP, Agentes comunitários e instituições parceiras da Agência da ONU para Refugiados (ACNUR) realizaram o atendimento de mais de 150 pessoas refugiadas que vivem na zona sul de São Paulo. Os serviços ofertados contemplaram encaminhamentos para a regularização documental, cadastro de currículos e encaminhamentos para vagas de emprego, assistência social e de saúde, inscrição para aulas de português e rodas de conversas sobre dúvidas de integração desta população. Ação responde às principais demandas apontadas em levantamento feito este ano junto à população venezuelana residente na zona sul da capital.

Não há saúde sem condições democráticas para a participação nas decisões que influenciam toda a coletividade bem como é possível garantir bem-estar físico, mental e social sem o exercício do direito a voz a ser ouvido quando a seus anseios, demandas e opiniões. portanto os direitos são interdependentes e emanam da vontade popular, por princípio as diferenças realmente são uma fonte de inovação.

3.4 ÍNDICE GLOBAL DE INOVAÇÃO

O Índice Global de Inovação é uma ferramenta que indica a inovação das nações, sem importar seu grau de desenvolvimento. Foram 132 nações participantes no ano 2022, além de medir os ecossistemas de inovação, mede o sucesso de políticas públicas adotadas para alcançar o desenvolvimento da inovação nas nações e suas respectivas empresas que participaram.(1) Como exemplo temos o desenvolvimento da vacina anti-Sars-Cov-2 desenvolvida por países com nível de desenvolvimento alto em matéria da inovação, em um tempo recorde, com altos padrões de qualidade, respondendo as necessidades da sociedade e de acordo com seu grau de eficácia, se conseguiu conter a mortalidade pela pandemia viral no mundo inteiro,(9) mas outras nações apresentam a chamada Grande Estagnação pela qual coloca em xeque a capacidade da inovação de gerar crescimento no futuro.(1)

“O IGI tem como objetivo oferecer dados relevantes sobre a inovação e acompanhar as principais tendências e acontecimentos nacionais e regionais no campo da inovação, auxiliando, assim, formuladores de políticas na avaliação de seus desempenhos em inovação para que tomem decisões fundamentadas nessa área”. (1)

Para que as nações consigam obter inovação continua nas suas empresas precisam de trabalhadores com saúde integral, com capacidade de participar para expor suas ideias, assim como capacidade de mudar e reconhecer as ideias dos outros, além de políticas públicas de qualidade que impactem positivamente nos determinantes sociais de saúde para obter um desenvolvimento sustentável.

A posição do Brasil no cenário mundial da inovação ocupa a posição 54^a entre 132 nações no Índice Global de Inovação (IGI) 2022 (1) em comparação com Suíça que leva 12^o ano consecutivo no primeiro lugar no Índice Global de Inovação (IGI) e EUA segundo lugar (1), onde são países federativos igual que o Brasil, mas com diferença de cultura, idioma e o principal exemplo de modelo de participação política democrática do cidadão que as convertem em potências inovadoras. (2) este tema será abordado em outro tópico.

Em suas resoluções de 2019 e 2021 sobre ciência, tecnologia e inovação para o desenvolvimento sustentável, a Assembleia Geral das Nações Unidas reconheceu o IGI como um instrumento de referência para avaliar a inovação,(1) países que lideram a corrida tecnológica na quarta revolução industrial como Estados Unidos, Alemanha, China, Coreia do Sul e Japão, entre

outros, possuem em curso estratégias para suas indústrias adotarem inovações associadas aos clusters (objeto do Projeto Indústria 2027 Brasil).(14)

Políticas públicas para tecnologias-chave: “É necessário que as empresas brasileiras, com urgência, introduzam em suas decisões estratégicas, planos de investimento nas inovações disruptivas relevantes para sua competitividade. A inação por parte do empresariado tornará muito difícil o processo de emparelhamento tecnológico, que é fundamental para diminuir brecha produtiva nacional frente aos países líderes em produtividade” (14)

A implementação e aplicação de novas políticas públicas para tecnologias-chave em determinados setores industriais brasileiros é uma decisão estratégica, para planos de investimento nas inovações disruptivas (quando o produto ou serviço se transforma em algo novo, simples e acessível) relevantes para sua competitividade, a falta de ação, inércia por parte do empresariado tornará muito difícil o processo de emparelhamento tecnológico com outras economias, que é fundamental para diminuir a brecha produtiva nacional frente aos países líderes em produtividade e inovação. (14)

Mesmo que o Brasil se encontre relativamente atrasado em sua estratégia de adoção e difusão das inovações disruptivas, uma análise do Projeto Indústria 2027 indica janelas de oportunidade ainda abertas e amplas. Ou seja, há espaço para que se façam, hoje, investimentos que levarão a aprendizagem, capacitação, e aquisição das competências. (14)

É preciso desenhar e implantar estratégias específicas que possam permitir um emparelhamento através de um salto tecnológico “leap frogging” por médio de novas políticas públicas para investimentos que garantissem a capacidades de planejar, negociar, empreender, implementar tecnologias que representem novos desafios. Neste sentido são imprescindíveis o acompanhamento sistemático e a participação nos fóruns internacionais relativos ao estabelecimento de padrões, normas técnicas e códigos de conduta.

Outro tema importante são os chamados constrangimentos ou determinantes da tecnologia: éticos-regulatórios, normativos, tecno-econômicos, socioambientais que precisam políticas públicas para difusão das inovações e implicações legais exemplo: liberdade de escolha; direito à privacidade e confidencialidade, responsabilização e penalização por violações de acesso a dados e usos indevidos, prejuízos ou acidentes; e à proteção de segredos industriais.

Decreto Nº 10.534, de 28 de outubro de 2020 se Institui a Política Nacional de Inovação e dispõe sobre a sua governança. A inovação é a chave para o desenvolvimento sustentável do

Brasil. Seu objetivo da Política Nacional de Inovação é trazer a sinergia necessária dentro do Estado para que este ofereça as ferramentas necessárias para estimular ideias e projetos inovadores em toda a sociedade. (15)

Reflexões importantes emergem do relatório do IGI 2022 marcado pela pandemia do Covid 19, o atual cenário geopolítico turbulento das políticas monetárias e das repercussões dos choques nas cadeias de suprimentos globais. (1) A humanidade teve duas visões sobre a inovação: uma otimista que prevê uma nova era econômica e social em grande escala levando um aumento da produtividade, crescimento econômico e bem-estar da sociedade nas próximas décadas. A outra visão é pessimista, sim vale a pena continuar com a frenética inovação da tecnologia provocada pela quarta revolução industrial e que o baixo crescimento da produtividade veio para ficar. É muito difícil encontrar inovações que causam um impacto verdadeiramente transformador na produtividade como a eletricidade e outras invenções revolucionárias como o aconteceu nos séculos anteriores. Como se observam estas duas visões da humanidade precisa de saúde integral: Física, Mental e Social.

3.5 COMPARAÇÃO ENTRE O SISTEMA POLÍTICO-ADMINISTRATIVO BRASILEIRO E SUÍÇA E COMO INFLUENCIAM NA INOVAÇÃO

As razões pelas quais a Suíça no seu 12º ano consecutivo ocupa o primeiro posto e os EUA ocupa o 2º lugar no Índice Global de Inovação respectivamente, (1) é porque eles trabalham nos eixos de educação, base tecnológica, mercados, cultura da inovação, fomento à inovação e proteção do conhecimento. (15) Entenda-se o que separa o Brasil destes países é “*a forma de fazer a democracia*”

Analisando etimologicamente o termo democracia, a palavra de origem grega *demokratia*, onde *demo* significa povo e *kratos* governar, então democracia significa o “governo do povo”. A participação ativa dos cidadãos gregos era através do voto e estavam excluídos das decisões e cargos políticos: mulheres, escravos e estrangeiros. (16)

Apesar da tendência em considerar a democracia como o melhor modelo político, ela se mostra ineficaz no atendimento dos direitos da população mais necessitada e de baixa renda. Os regimes democráticos representativos de países pobres e em desenvolvimento não conseguem atender às demandas populacionais e melhorar as condições de vida. (17)

Segundo Toqueville a constituição de EUA possui um papel de destaque nos conceitos atuais de democracia do ocidente. O conceito de igualdade entre os indivíduos é fundamental para o estabelecimento da democracia estadunidense. A igualdade estadunidense é visível nas associações locais, estimuladas dentro das escolas, no bairro e na comunidade. Criou-se a visão de que não é necessário esperar que o Estado tome uma determinada ação. A própria população tem a autoridade para fazê-la desde que dentro dos parâmetros da lei.

Os conceitos democráticos trazidos pela Revolução Francesa juntamente com a constituição estadunidense serviriam de modelo para a criação da democracia participativa direta Suíça, intensificando a cultura política de participação, respondendo a expectativa popular de diminuição das desigualdades sociais e econômicas; em comparação com o modelo governamental democrático representativo brasileiro que busca debater as estruturas político-administrativas. (18)

A Suíça pela sua neutralidade no campo das relações internacionais, evita se envolver em conflitos de países vizinhos. As Unidades da Federação Suíça são os cantões e esses variam em população e área. Os cantões são divididos em unidades menores, as comunas de fundamental importância para a estrutura da democracia na Suíça. Este modelo democrático participativo é único devido, principalmente, às características peculiares daquele país, a administração é dividida em três poderes: Executivo, Legislativo e Judiciário. Seu modelo na formação do Estado parte de baixo para cima, em que os povos dos Cantões suíços para a manutenção da soberania, decidem se unir; ao invés do processo brasileiro aconteceu de cima para baixo, ou seja, o poder central do Brasil decide se proclamar independente do domínio português. (19)

No Brasil na sua estrutura, o modelo político-administrativo, não possui uma forma totalmente centralizada. A Constituição estabelece certo grau de autonomia aos estados e municípios, o que lhes permitem agir a nível local, além enumera formas de competências exclusivas da União e algumas compartilhadas com as unidades da federação, sobrecarregando atribuições ao poder central, enquanto no sistema suíço, novas competências são dadas ao poder central somente com o aval da maioria populacional e dos cantões. (20)

No Brasil o voto é instrumento principal de participação que permite contabilizar a vontade popular para presidente, senador, deputado federal, governador, deputado estadual, prefeito. Os dispositivos de participação referendo e a iniciativa popular são comuns aos dois modelos suíço e brasileiro, seu uso é frequente e constante na Suíça por ser de caráter obrigatório

para qualquer mudança na legislação federal. (21) No Brasil o referendo não é obrigatório. Assim sendo, poucas vezes é utilizado. Sob a forma de plebiscito,

A Constituição Brasileira de 1988 prevê, artigo 14, que o povo poderá exercer a democracia direta de três maneiras distintas, que são: plebiscito, referendo e iniciativa popular. O Brasil realizou quatro plebiscitos. Em 06/01/1963 Plebiscito sobre escolher o sistema de governo durante a gestão de Joao Goulart, a maioria dos eleitores preferiu retornar ao sistema presidencialista. Em 21/04/1993 Plebiscito sobre forma de governo e sistema de governo no Brasil, a maior parte do o povo brasileiro optou por manter o regime republicano e o sistema presidencialista. Em 23/10/2005 Referendo sobre a proibição da comercialização de armas de fogo e munições com vista á aprovação ou não do disposto no art 35 da Lei nº10.826 de 2003 conhecida como estatuto de desarmamento, a maioria do eleitorado voto pelo não, ou seja, pela proibição. Em 31/10/10 Referendo sobre o horário vigente no Acre, os acreanos decidiram optar pelo antigo horário que é duas horas em relação ao horário de Brasília. Em 11/12/2011 plebiscito sobre a divisão do estado de Pará. A população votou contra a criação de dois novos estados. Em 5/10/2014 Plebiscito sobre a criação de distritos em Campinas que decidiu pela elevação das regiões de Ouro Verde e Campo Grande à condição de distritos administrativos.

A estrutura não centralizada suíça favorece a estruturação de meios de participação política direta a nível local. A participação da política nacional suíça se dá por meio do voto constante nas decisões políticas nacionais. Deste modo, o posicionamento do cidadão suíço em relação à política se dá de maneira diferenciada. Apesar de serem duas Federações, os modelos político-administrativos suíços e brasileiros possuem peculiaridades que levam a diferentes formas de participação popular na política e diferentes formas de administração. Ao comparar a autonomia política dos estados e municípios brasileiros em relação aos cantões e comunas suíças é possível perceber um maior grau de ingerência do poder central brasileiro sobre as unidades da federação. (22)

“O cidadão suíço participa de vinte a trinta votações por ano, ou seja, mais de duas por mês. É importante salientar que o voto na Suíça não é obrigatório, deste modo 40% dos votantes atingem essa média de 20 a 30 votações por ano” (27)

O Brasil tem ferramentas de participação cidadania, mas não tem esta cultura de votação como na Suíça, pero tem uma experiencia de sucesso com os Agentes Comunitários de Saúde como representação do Estado no seu Barrio, domicilio e como instrumento de comunicado e

participação da comunidade. Exemplo: quantos trabalhadores não sabem ler ou escrever, mas quiseram ter participação e comunicar suas necessidades, e que estas sejam a agenda dos prefeitos, empregadores para que sejam resolvidas, motivando de esta forma sua participação político, social e democrático.

A medida brasileira de dotar a União do poder de ação a nível local pode se mostrar prejudicial ao andamento dos projetos e planos, devido principalmente à grande extensão territorial do país, além de prejudicar a participação popular local.

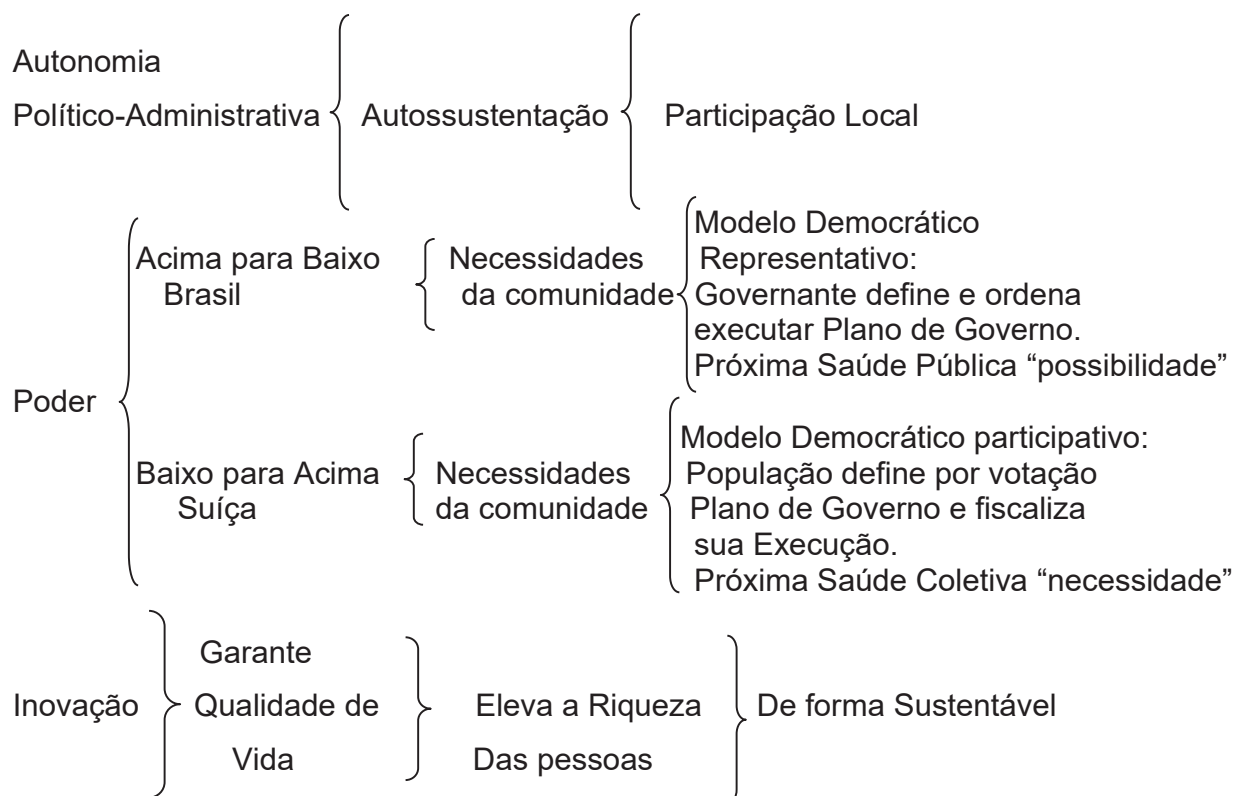
A participação da União na execução do processo regional dificulta a visualização de peculiaridades locais, pois cada região possui necessidades específicas, na Suíça a economia descentralizada facilita o desenvolvimento democrático. Dahl concorda com a teoria de que o poder “corrompe” além se acrescenta quando se acompanhada do controle dos recursos econômicos do Estado desta forma o governante tem nas suas mãos uma grande força para se manter no poder, Estados mais descentralizados, nos quais os líderes tiveram pouco acesso aos recursos, tiveram maior êxito em manter uma estrutura mais democrática. (23)

*“Na administração econômica suíça, assim como na brasileira, busca-se a sustentação dos estados e municípios mais “pobres” com recursos da União e dos demais estados. Mas no modelo suíço é mais clara a busca de incentivo ao desenvolvimento municipal e estadual, a busca por **autosustentação e autoadministração** por conseguinte maior participação local, visando diminuir a necessidade por recursos supra municipais e conseqüentemente o aumento da arrecadação federal como um todo”.* (24)

Em casos dentro de uma mesma região as necessidades municipais são diferentes. A Constituição suíça prevê essas diferenças em seu artigo 50 *“Para isto, leva em consideração as condições peculiares das cidades e das aglomerações, bem como das regiões montanhosas.”* (21)

Dessa maneira o modelo suíço de implementação local de políticas federais parece mais saudável economicamente, administrativamente e politicamente, isto porque permite a participação maior do poder local, possibilita um acerto maior das necessidades locais e diminui a máquina administrativa da União, reduzindo assim a burocracia e os custos públicos, a Constituição brasileira mantém a relação de liberdade de implementação de lei federal pelos estados e municípios brasileiros, buscando a manutenção da centralização do poder, evitando atribuir plena liberdade aos estados e municípios.

❖ Valorização de pluralidade do pensamento



Modelo Centralizado { Dependência administrativa
Dependência econômica
Dependência político-social

Modelo Descentralizado { Autossustentação
Autoadministração } Participação Local { Inovação



*Não fiscalizar as empresas para puni-las

*Fomentar negócios e o desenvolvimento

*Neutralidade

A constituição suíça evita a centralização da administração, condicionando a aplicação de novas políticas nacionais centralizadoras à aprovação popular e cantonal e estabelece um sentido maior de cooperação, pouco se observa a aplicação dessa cooperação no modelo brasileiro.

“A ausência ou a inexistência de mecanismos eficazes de participação política popular direta, intensifica a apatia política das massas brasileiras pelo processo democrático e pela política”.

Na Suíça os representantes possuem poderes políticos de implementação de medidas urgentes, sem a necessidade de aprovação popular. No Brasil, esse poder de decretar medidas emergenciais é dado ao Executivo, e é estabelecido no sentido de evitar a lentidão da aprovação pelo Legislativo, por falta de critério na adoção de medidas emergenciais, a medida provisória tornou-se um dispositivo usado de forma constante pelo executivo, usado de forma excessiva e no sentido de beneficiar a grupos restritos, pode se tornar um instrumento (25) antidemocrático.

Na Suíça a iniciativa popular suíça permite ainda que a vontade de uma minoria numérica (2%) seja levada ao debate, ou seja os problemas das minorias até então desconhecidos podem ser levados ao conhecimento tanto dos representantes como do restante da população, ao contrário do Brasil, se o dispositivo for aprovado pela maioria da população a medida entra imediatamente em vigor. Um estudo comparativo analisado por Pateman mostra que em países onde existam maiores oportunidades institucionais para a participação política local há maior grau de eficiência (26) política.

O Brasil tem ferramentas de participação cidadania, mas não tem esta cultura de votação como na Suíça, pero tem uma experiencia de sucesso com os Agentes Comunitários de Saúde como representação do Estado no seu bairro, domicilio e como instrumento de comunicado e participação da comunidade. Por exemplo quantos trabalhadores não sabem ler ou escrever, mas quiseram ter participação ou comunicar suas necessidades e que estas necessidades seja a agenda dos prefeitos dos municípios, empregadores e não a que os governantes determinam sua agenda?

Imagine aos ACS/ACE apresentando para o empregador, prefeito, ou governantes uma vez por mês a participação da cidadania e trabalhador as necessidades e prioridades de acordo com cada região e que sejam resultas, ou seja que por participação da população define a agenda do governante e não os governantes seja o que define em que vai se gastar o dinheiro.

Este modelo parte de baixo para cima, em que as necessidades dos trabalhadores e povo brasileiro determinam a agenda dos governantes, empresários e o Estado, desta forma se converte

em uma democracia participativa onde as necessidades das minorias sejam escutadas e resolvidas, então vamos a competir com inovação, produtividade e competitividade com tudo o mundo.

As possibilidades de que experiências democráticas participativas podem efetivamente diminuir as desigualdades sociais e econômicas presentes no Brasil. Procurou-se ainda identificar se alguns fatores como descentralização política e autonomia econômica da unidade federativa são imperativos para execução de regimes participativos. (16)

“A irracionalidade das massas é a consequência da própria inexistência de meios de participação popular, pois percebe-se que a dificuldade em atender o bem-comum reflete-se tanto na população comum, como nos representantes do povo” Schumpeter.

Desta maneira, a educação cívica e formal torna-se importante em dois sentidos:

1º Condição de igualdade entre todos os interlocutores de um debate

2º A forma de colocar em discussão assuntos compreensíveis a todos.

Gerando uma melhora da representatividade e facilitando o entendimento dos assuntos políticos. No caso brasileiro, é evidente que uma melhora na educação cívica passa por uma reforma do sistema educacional que hoje não atende às necessidades mínimas de instrução, bem assim os assuntos sobre cidadania. Ao se comparar os modelos democráticos brasileiros e suíços percebeu-se que muitos dispositivos de participação são comuns a ambos os Estados, todavia algumas peculiaridades dos dispositivos brasileiros dificultam sua utilização. (27) Ou seja, não basta criar e permitir instrumentos de participação, mas torná-los efetivos e ao alcance de todos. A participação efetiva e constante do cidadão é praticamente inexistente no Brasil, a cidadania é realçada somente no período eleitoral. A inexistência de participação criou o elo de dependência permanente entre representante e eleitor.

Todavia, o excesso de poder do representante, em muitos casos, instalou um sistema de dependência política e econômica que prejudica o atendimento das necessidades básicas do cidadão. A polarização dos partidos faz que os representantes tenham mais atenção que a população carente: *“pão e circo para o povo”*

Na Suíça o debate de questões políticas nas assembleias legislativas permite que muitas medidas políticas sejam tomadas acertadamente, percebeu-se que a descentralização política é fundamental para intensificar o processo democrático, a participação efetiva do cidadão possibilita o debate racional das questões da sociedade e promove igualdade política, sem que

questões econômicas ou grupos específicos tenham seus benefícios atendidos em detrimento do restante da população.

No Brasil evidencia-se, no entanto, que grupos com maior poder econômico exercem poder sobre esses representantes, assim sendo, estabelece-se uma relação desigual de poderes políticos, em que grupos com maior poder econômico possuem mais direitos, a participação intensa da população ainda não é marcante.

Imaginemo-nos com capacidade para promover na comunidade, e empresas no trabalho dia a dia dos ACS/ACE com a intensificação da participação no âmbito local (municipal) Os ACS/ACE de fato eles desempenham um papel essencial para o treinamento da cultura política participativa direta da população, por meio de questionários sobre as necessidades e prioridades das famílias cadastradas, o resultado dos questionários devem ir para uma central de dados e a decisão da população se respeitara para sua execução e entrara para o debate, promovendo a participação das minorias. O resultado vai ser planejado e executado pelo programa do governo (agenda do trabalho) para seguir pelo prefeito nas diferentes regiões do Brasil durante o tempo de sua governança, as necessidades podem ser diferentes de acordo com o que deseja a população quem controla e fiscaliza sua execução de princípio ao fim.

No âmbito local levantam-se questões de mais fácil entendimento e de menor complexidade, o debate evita os erros, promove o desenvolvimento da cultura de participação política. Além disso, é mais fácil fomentar a participação do cidadão e que esta participação seja o médio legítimo, onde a população descida sobre a agenda política dos governantes. Por isso, destacam-se as experiências dos agentes comunitários no atendimento de toda as populações e conhecedores de suas áreas abrangentes. A representatividade aliada às formas mais efetivas de participação popular aumentam a eficiência da representatividade, pois traz ao debate assuntos até então não levantados, diminui a desigualdade política entre grupos com diferenças econômicas e permite maior chance de participação das minorias. A participação direta da população aumenta a fiscalização popular aos recursos financeiros, minimiza os gastos do poder central e dá os meios para que o cidadão participe de assuntos públicos continuamente no dia. Em suma, aumenta a eficiência da administração pública local e nacional e permite resolução mais eficiente dos problemas administrativos, conseqüentemente, tais mudanças podem melhorar a condição de vida da população.

O planejamento estratégico municipal é um instrumento que define a direção das ações a

serem realizadas pela administração municipal durante o governo (28)

A diferença da Suíça a população define por meio da participação popular o as prioridades para ser executadas pelos governantes da comuna. Os problemas de desigualdade econômica e social seriam resolvidos com o aumento da participação popular, trazendo melhorias efetivas à população, por exemplo, nas áreas educacionais e de saúde, pois o cidadão passaria a fiscalizar as contas da administração local, evitando corrupção e desvio de impostos e verbas.

A fortaleza do Brasil, é que na Suíça não tem ACS no seu sistema de saúde, e os serviços de saúde são muito fragmentados pela privatização da saúde pelos seguros médicos com alto custo para os cidadãos das comunas e cantões, onde sua Atenção Primária de Saúde apresenta dificuldades a diferença de nosso serviço de saúde que é Universal, e temos experiência com Agentes Comunitários em Saúde os quais também podem desenvolver uma cultura política participativa, aumentando cooperação entre o governo e a sociedade.

A diminuição da apatia política pode trazer desenvolvimento do modelo democrático participativo. É importante saber que os agentes comunitários de saúde não são agentes fiscalizadores pelo contrário são uma fonte de informação de ajuda para os trabalhadores e comunidade.

3.6 AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

A figura do ACS inicia a deixar de ser apenas uma novidade no cenário da política de saúde no Brasil para se transformar, de fato, em uma inovação real, que vem mudando o modo de realizar os cuidados de saúde e a própria política do setor.

Este profissional, membro da equipe de Saúde da Família, possui história mais antiga, sua origem parece ter sido na Rússia dos Czares, no século XVIII, época em que foi criada a figura do feldsher, palavra que, curiosamente, significa “barbeiro de campo”. Suas tarefas eram inicialmente ligadas à higiene e à saúde das tropas imperiais em missões de guerra. Isso evoluiu, posteriormente, também para a prestação de serviços à população civil. Mais tarde é que surge uma nova categoria, agora ocupada também pelas mulheres: as feldshers parteiras. (29)

Eram considerados ajudantes dos médicos, mas, em caso de necessidade, também seus suplentes. Com a Revolução Socialista, em 1917, eles foram inicialmente rejeitados, mas depois incorporados ao novo sistema de saúde. Atualmente, continuam numerosos na realidade russa,

em um país onde o número de médicos por habitante é um dos mais elevados do mundo, estima-se que existem vários feldshers para cada médico em atividade. (29)

Na África surgiram experiências semelhantes como parte da estratégia colonial, com atuação dirigida ao grosso da população, não às elites brancas e negras, que continuavam a utilizar a medicina europeia clássica, rejeitando preconceituosamente esse tipo de trabalhador, mas o cidadão comum o valorizou por ser o único recurso disponível. Nos anos 70 isso aconteceu também em países colonizados pelos europeus na Ásia, como o Vietnã, que manteve a presença desses trabalhadores depois da descolonização e da unificação socialista da nação. (29)

Na China, a presença desse tipo de trabalhador no sistema de saúde foi um marco mundial. Eles ficaram conhecidos como “médicos descalços”, eram geralmente camponeses que prestavam cuidados à saúde às suas comunidades sem remuneração do Estado, embora não fossem médicos e nem andassem, necessariamente, descalços. Eles tiveram imenso papel nas chamadas campanhas patrióticas sanitárias pós-revolucionárias com opiniões sobre seu trabalho “São eles que, decidida a preparação de uma campanha, levam o problema à comuna, discutiam, esclareciam, ouviam opiniões, projetavam motivando para a tarefa”. Desde o início a principal tarefa desses trabalhadores chineses consistia na educação sanitária e na prevenção de doenças. (29)

Em 1987, teve início o Programa de Agentes de Saúde do Ceará que foi uma experiência inédita por ter sido a primeira vez que se trabalhou em ampla escala com os ACS e por ter transformado um plano emergencial para a seca, em que se empregavam temporariamente pessoas das regiões atingidas, em um programa de promoção da saúde, utilizando os mesmos recursos de fundos emergenciais do governo federal (30). Foram contratados 6.113 trabalhadores, maioria mulheres, oriundos de 118 municípios diferentes do sertão do Ceará.

Em 1991 Criação do Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (Pnacs) pelo Ministério da Saúde, expandindo para todo o país a experiência institucional iniciada no Ceará é transformada em política nacional as experiências de agentes de saúde e posteriormente os integra na equipe de saúde na Estratégia de Saúde da Família, adquire reorientação na assistência ambulatorial domiciliar e a necessidade do ACS de residir na área da comunidade em que atua, além da sua profissionalização, suas atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, por meio de ações educativas individuais e coletivas, precisa qualificar-se e como requisito a necessidade de conclusão do ensino fundamental para iniciar o Curso Técnico de ACS, elaborado

pelo Ministério da Saúde em conjunto com o Ministério da Educação. (31)

O ACS, hoje, não é mais apenas um feldsher, um profissional “descalço”, além de ser um transmissor de conhecimentos e recepção das necessidades da população é um orientador precisando para esta importante missão uma formação qualificada com foco na educação e prevenção em seu processo de trabalho e o vínculo com as pessoas da comunidade na qual está inserido. Tem responsabilidades muito bem definidas e cada vez maiores.

O papel que o ACS exerce deve ser entendido em duas vertentes inseparáveis: sua identidade com a comunidade à qual serve, e sua escolha e capacidade para a solidariedade com liderança. O sucesso dos ACS confere legitimidade e eficácia ao seu papel na equipe de Atenção Primária à Saúde, tanto do ponto de vista humanístico quanto cultural. Isso faz dele um recurso humano singular, extraordinário; verdadeiro símbolo de mudança em um sistema de saúde (física, mental e social) que evolui, como é o caso do SUS, (29) se estabelece que estes profissionais somente poderão ser contratados diretamente pelos estados, pelo Distrito Federal ou pelos municípios, se institui um piso salarial profissional nacional e diretrizes para o plano de carreira do ACS e do ACE e dia nacional do ACS seja 4 de outubro.

O cadastro das famílias, realizado durante a visita domiciliar, possibilita real conhecimento das condições de vida daquelas residentes na área de atuação da saúde da família, (32) Por conta deste levantamento, o ACS organiza sua agenda de trabalho, pois ele tem que visitar, pelo menos uma vez por mês, umas 500, ou melhor, 575 pessoas, prestando cuidados primários e auxiliando-as a cuidar da própria saúde através de ações individuais e coletivas. (49)(50) O Ministério da Saúde recomenda um mínimo de oito visitas diárias feitas pelos ACS (37), eles dispõem de cinco dias úteis na semana para exercer essa função, nessa perspectiva, são os Agentes que mantêm o contato estreito com os usuários dos sistemas de saúde, (33) tem o papel de interlocutor (34) nas ações de saúde que visam a ampliação da cobertura em saúde com controle de custos, o acolhimento da comunidade e a identificação, a captação e a resolução das demandas de saúde. (35)A visita domiciliar, é considerada um instrumento ideal para a educação em saúde, a troca de informações se dá no contexto de vida de cada um e da família, pois cada domicílio apresenta realidades iguais e diferentes com o resto da comunidade. (36)

O ACS reconhece os problemas que existem na microárea, levando-os para discussão entre a equipe, na busca de uma intervenção. Isso só é possível porque há um momento destinado à partilha, permitindo que cada um que dela participa tenha direito à voz e o Agente Comunitário

é a voz da comunidade dentro da unidade de saúde, (46) sua inclusão no planejamento das atividades até a execução e a avaliação contribuirá para envolvê-lo nas diferentes atividades concentradas sob a responsabilidade de médicos ou de enfermeiros (47)

O trabalho realizado pelos Agentes tem o propósito de orientar os indivíduos quanto ao autocuidado e quanto às medidas de proteção, além de estimular o indivíduo e a comunidade a refletirem sobre suas condições de saúde e doença (38). Compete aos ACS, no exercício de sua prática, a capacidade de mobilizar e articular conhecimentos, habilidades, atitudes e valores requeridos pelas situações de trabalho, além de realizar ações de apoio em orientação, acompanhamento e educação popular em saúde, a partir de uma concepção de saúde como promoção da qualidade de vida e desenvolvimento da autonomia dos indivíduos. A interação entre ACS, equipe de saúde, grupos sociais e populações é de fundamental importância para o desenvolvimento das ações (39).

A vigilância em saúde demonstrada em estudos internacionais com melhores resultados de saúde devido à atuação do ACS no Quênia, estudo avaliou as mortes neonatais e concluiu que, após treinamento dos ACS, identificaram-se reduções na mortalidade, onde o ACS avalia os recém-nascidos para detectar sinais de doença grave durante a primeira semana de vida e referencia as crianças doentes para uma unidade de saúde (40). No Reino Unido, estudo também discutiu a contribuição ACS para melhorar os resultados de saúde na atenção primária (41).

A justificativa da realização de procedimentos clínicos, além de suprir as necessidades da comunidade, por viver no território em que atua, o ACS se sente responsável por suprir as demandas da população por intervenções que ele não tem competência. (42) O desvio de função do ACS possa ser justificado pelo grande número de Agentes e por seu treinamento orientado para a função de auxiliar de enfermagem, mas essa conduta acaba desviando sua função comunitária e de vigilante (43). Quando um ACS, preenche um questionário, preenche um cadastro, identifica riscos, cadastro das necessidades e prioridades, não está fazendo desvio de função, estas necessidades pertencem aos DSS, seu contato com a população é direta, o ACS, apesar de estar sempre na linha de frente do sistema de saúde público, nem sempre está capacitado para atender as diferentes demandas cotidianas, (44) as lacunas autopercebidas, pelos Agentes, na sua formação os levam a construir uma identidade profissional própria, independentemente dos órgãos responsáveis pela sua qualificação, (45) seu trabalho é considerado uma extensão dos serviços de saúde.

O ACS é uma figura fundamental na saúde da família, pois possibilita que as necessidades da população cheguem à equipe de profissionais, que irá intervir junto à comunidade. O Agente também mantém o fluxo contrário, transmitindo à população informações de saúde. Esse profissional se encontra inserido em sistemas de saúde de diferentes partes do mundo, como nos Estados Unidos da América, Quênia, Bangladesh, Reino Unido, África do Sul (31)

Imagina que estas necessidades, ou seja os Determinantes Sociais de Saúde, os cidadãos possam votar e decidir quais são suas prioridades e que seja a agenda governamental, além de participar do processo de fiscalização, pode expor suas decisões em debate e onde a minoria também seja escutada, deste jeito seria uma democracia participativa direta que promove a inovação, novas ideias, troca de paradigmas, onde a participação é fundamental para o desenvolvimento social, econômico e político da comunidade onde se valorizaria a participação onde se decide seu destino e respeita as ideias dos outros.

Não momento que se tomem decisões por médio de associações, equipes, organizações, empresas, departamentos, onde tem um interesse particular deixa de ser participação direta, ou seja sem a participação direta da população.

3.7 ASSISTENTES SOCIAIS OU AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

A revisão desta literatura pretende observar a importância dos agentes comunitários de saúde na saúde dos trabalhadores e porque este profissional deveria estar inserido nos profissionais do SESMT como modelo de prevenção de DNT nas empresas e o porquê das suas atribuições estão mais alinhadas com a política de saúde integral aos trabalhadores.

No resumo da regulamentação da profissão de Assistente Social feita pela Lei N° 8.662, de 7 de junho de 1993 o livre exercício da profissão em todo o território nacional os possuidores de diploma em curso de graduação em Serviço Social, oficialmente reconhecido, expedido por estabelecimento de ensino superior existente no País, devidamente registrado no órgão competente, requer prévio registro nos Conselhos Regionais que tenham jurisdição sobre a área de atuação do interessado nos termos da lei. Suas competências são: elaborar, planejar, organizar, administrar, assessorar, avaliar, coordenar, implementar, executar, encaminhar, providenciar, consultoria, supervisionar, fiscalizar, programar, pesquisar, treinamento, vistorias, laudos,

perícias, informações, pareceres, elaborar provas, compor bancas, estudos socioeconômicos, dirigir serviços técnicos, grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e defesa de seus direitos, políticas sociais, projetos junto a órgãos da administração pública, direta ou indireta, empresas, entidades e organizações populares. (56)

A diferencia do Agente comunitário de saúde, em resumo a Lei Nº 13.595 de janeiro de 2018, (57) é obrigatória a presença de ACS na estrutura de atenção básica de saúde e de ACE na estrutura de vigilância epidemiológica e ambiental e como atribuições as atividades de prevenção de doenças e de promoção da saúde, mediante Educação Popular em Saúde e ações domiciliares, comunitárias, individuais e coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS, Sob supervisão do gestor municipal, distrital, estadual ou federal.

A utilização de instrumentos para diagnóstico demográfico e sociocultural, o acolhimento, acompanhamento das visitas domiciliares, regulares e periódicas, assim como a coleta e registro de dados para o controle e planejamento das ações de saúde, a mobilização da comunidade e o estímulo à participação nas políticas públicas voltadas para as áreas de saúde e socioeducacional das diferentes faixas etárias e estados de vulnerabilidade social dos usuários e suas famílias: atividades de aferição da pressão arterial, medição de glicemia capilar, aferição de temperatura axilar, verificação antropométrica, correta administração de medicação de paciente em situação de vulnerabilidade, durante a visita domiciliar, em caráter excepcional, encaminhando o paciente para a unidade de saúde de referência se precisar; participação no planejamento do mapeamento institucional, social e demográfico; consolidação e a análise de dados obtidos nas visitas domiciliares; levantamentos socioepidemiológicos realizados pela equipe de saúde; participam na elaboração da avaliação dos planos de ação para o enfrentamento de determinantes do processo saúde-doença; Identificam e encaminham casos suspeitos de doenças e agravos à saúde e comunica à autoridade sanitária responsável; divulgação de informações para a comunidade sobre sinais, sintomas, riscos e agentes transmissores de doenças e sobre medidas de prevenção individuais e coletivas; pesquisa entomológica, cadastramento e atualização da base de imóveis para planejamento e definição de estratégias de prevenção e controle de doenças; os cursos presencial e semipresencial para os ACS/ACE poderão ser ministrados nas modalidades presencial e semipresencial e seguirão as diretrizes estabelecidas pelo Conselho Nacional de Educação; jornada de trabalho de quarenta horas semanais exigida para garantia do piso salarial

previsto nesta Lei; as condições climáticas da área geográfica de atuação serão considerada para cumprimento da jornada de trabalho. Não será exigida do ACS e ACE a conclusão de ensino fundamental, se estava exercendo as atividades em 5 de outubro de 2006; ensino médio, se estiver exercendo as atividades na data de publicação desta Lei 5 de janeiro de 2018.

De acordo com o visto anteriormente, as diferenças entre o Assistente Social e o Agente Comunitário de Saúde as determina suas atribuições e os dois estão inseridos na Lei. O Assistente Social recebe capacitação a nível superior e exerce um cargo fiscalizador e administrativo, ele esta na capacidade de coordenar e planejar ações de assistência social dos indivíduos e grupos populacionais, não precisa necessariamente morar na região onde trabalha e se realiza atividades dos Agentes Comunitários de Saúde na empresa, tem perca de sua liderança porque não foi preparado para este fim, por exemplo aferir pressão arterial e glicemia, fornecer medicações, identificar fatores de risco de DNT, mapeamento das áreas e comunidades, e todas as demais atividades desempenhadas pelo ACS; sua função, atribuições e capacitação são dirigidas para a gerencia das atividades de assistência social dos indivíduos, grupos, públicos ou privados. Lembrando que as atividades dos ACS estão inseridas nas equipes de saúde e seu contato é direito com as pessoas no seu cuidado, além de pertencer na equipe de saúde integrado por enfermeiro, técnico de enfermaria e medico, se ajustam à realidade do cuidado integral dos indivíduos, dos trabalhadores e também se poderiam inserir na saúde integral da equipe do SESMT, impactando positivamente na saúde social do trabalhador.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para cumprir com os 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) para o ano 2030 o Brasil precisa ter um de departamento conjunto entre os Ministérios da Saúde e o Trabalho onde abordariam melhor a saúde integral do trabalhador (física, mental e social) como o faz a OMS/OIT com os estudos recentes publicados em matéria de saúde do trabalhador.

Entre os 17 ODS se destaca o número oito que faz referência ao Trabalho descente e crescimento econômico, é um dos principais ODS que estão relacionados com a medicina do trabalho e saúde do trabalhador. O indivíduo com um trabalho descente pode ter uma melhor qualidade de vida além disso pode atingir outros ODS (erradicação da pobreza, fome zero, educação de qualidade, água potável e saneamento, energia limpa e acessível, redução das desigualdades, além de morar numa comunidade sustentável), mas para atingi-los precisamos dos Agentes Comunitários de Saúde onde conhecem as necessidades da população porque pertencem na mesma região, assim como seus Determinantes Sociais de Saúde não atingidos. Os ACS são a fonte de informação da participação política e democrática direta da comunidade para fazer as políticas públicas de qualidade de determinada região, suas atividades estão regulamentadas pela Lei.

O ideal que suas informações, ideias e prioridades da comunidade coletadas por eles sejam “*o plano de governo*” dos governantes, empregadores e do Estado pensando na saúde coletiva, onde a democracia participativa direta é a fonte de inovação da população quem acompanha e fiscaliza o cumprimento das suas necessidades, fomentando a participação social e política do cidadão.

Lembrar que “As manifestações sociais são a consequência e o resultado da impotência do povo pela falta de ferramentas de participação democrática”.

O sucesso dos ACS na Estratégia da Saúde da Família na Atenção Básica está na prevenção de doenças e preservação da saúde no Brasil, além da informação gerada para fazer estudos científicos e melhorar políticas públicas, seriam a chave inovadora para melhorar o modelo político, administrativo e democrático do Brasil para o atendimento das necessidades e prioridades dos trabalhadores e empregadores. É importante saber que os agentes comunitários de saúde não são agentes fiscalizadores, pelo contrário, são uma fonte de informação de ajuda para os cidadãos.

A saúde pública depende da *possibilidade* do Estado para cumprir ou não as necessidades da população, sempre vai depender dos governantes. Ao contrário da saúde coletiva, a participação da comunidade se fundamenta nas suas próprias *necessidades* para que sejam cumpridas pelo Estado, sendo o melhor exemplo de democracia participativa.

Foi demonstrado o impacto positivo que tiveram os ACS na Saúde Pública e na Saúde Coletiva do Brasil na reconstituição de informação para gerar políticas públicas de qualidade, além disso, foram qualificados como profissionais técnicos, incluídos os Agentes de Combate Endemias. Portaria MS Nº 3.241, de 7 de dezembro de 2020. O Ministério da Saúde entende sua importância na Saúde Coletiva e o integra na "Saúde do Trabalhador" por meio do Caderno No. 41, onde os ACS têm participação nas empresas domiciliares, mas onde ficam as empresas não domiciliares, as Não SESMT e as empresas SESMT? se na sua nomina não tem este tipo de profissional, desta forma fica um buraco na saúde social do trabalhador (Portaria N.º 11, de 17 de setembro de 1990).

A inclusão dos ACS nas empresas SESMT melhoraria na prevenção de doenças e preservação da saúde, além das atribuições deste profissional no que respeita a Doenças Não Transmissíveis, sendo a principal causa de morte dos trabalhadores de acordo com o primeiro relatório de monitoramento global da OMS e da OIT.

O acompanhamento das mortes relacionadas ao trabalho no nível nacional, regional e global permite o planejamento, avaliação das intervenções apropriadas para melhorar a saúde da população dos trabalhadores(as), assim como sua equidade na saúde. O relatório mostra que mais ações são necessárias para garantir locais de trabalho mais saudáveis, seguros, resilientes e socialmente mais justos, com um papel central desempenhado pela promoção da saúde no local de trabalho e serviços de saúde ocupacional.

O desenvolvimento das atividades dos ACS /ACE se considera uma participação política democrática direta com a população, suas atividades desenvolvidas são específicas e sempre estão sob supervisão do gestor municipal, distrital, estadual ou federal, como também profissional de saúde de nível superior, não se pode comparar a atividade do Agente Comunitário de Saúde que não é fiscalizador com a atividade do Assistente Social, onde sua formação é de nível superior, a diferença do ACS que é técnica. O desenvolvimento de suas funções e atribuições são diferentes, como também na execução das suas atividades. A importância do ACS/ACE está no contato direto com a comunidade, na qual mora, se identifica, conhece os

determinantes sociais causantes de doenças, os quais tem a capacidade de identificar e fazer a gestão para sua solução e orientação.

As atividades do Assistente social são gerenciais e administrativas, não se recomenda que o assistente social faça a labor do ACS e vice-versa, pois não recebeu a preparação técnica para esta atividade, sua formação educacional e competência de nível superior o levaria para uma perda das suas capacidades profissionais porque não foi educado para este fim.

REFERENCIAS

- (1) **WIPO**. Resumo executivo Índice Global de Inovação. ano 2022 WIPO. Disponível:
https://static.portaldaindustria.com.br/media/filer_public/ab/e8/abe8987f-2468-4192-b6f4-fa80496e98fa/gii_2022_pt-exsum_web.pdf
- (2) **DAHL**, Robert A. “Sobre a democracia”. editora UnB. janeiro 2001. pag 18,
MINAYO, Carlos; **MESQUITA**, Jorge e Outros. “Saúde do trabalhador na sociedade Brasileira Contemporânea”. Scielo books. editora Oswaldo Cruz 2011. pags: 13,14,15,16,18
GONÇALVES Nilson “A Democracia Participativa. estudo comparativo sobre experiencias democráticas brasileira e suíça”, Monografia UniCEUB, Brasília DF 2004
- (3) **PRESIDENCIA DA REPUBLICA**, Secretaria Geral, A Lei 13.595/18, que define as atribuições profissionais dos (ACS) agentes comunitários de saúde e dos (ACE) agentes de combate às endemias.
- (4) **MINISTERIO DA SAUDE**, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Caderno de Atenção Básica No. 41 “Saúde do Trabalhador (a)”. Brasília 2018.
 Pags: 31, 32,33
- (5) **PRESIDENCIA DA REPUBLICA**, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos.
 Lei n.º 7.410/85, terá validade para os fins previstos no art. 195 da CLT.
MINISTERIO DO TRABALHO, Departamento de Segurança e Saúde do Trabalhador.
 Portaria (DOU de 20/09/90 – Seção 1 – Pág. 18.175) Integrantes do SESMT
 Art. 1º da Norma Regulamentadora. NR 4. "4.4 - Os Serviços Especializados em Engenharia De Segurança e em Medicina do Trabalho deverão ser integrados por Médico do Trabalho, Engenheiro do Trabalho, Enfermeiro de Segurança do Trabalho, Técnico de Segurança do Trabalho e Auxiliar de Enfermagem do Trabalho, obedecido o Quadro II, anexo.

- (6) **MINAYO**, Carlos; **MESQUITA**, Jorge e Outros. “Saúde do trabalhador na sociedade Brasileira Contemporânea”. Scielo books. editora Oswaldo Cruz. 2011. pags: 13,14,15,18
- (7) **NAÇÕES UNIDAS BRASIL.**” Objetivos de Desenvolvimento Sustentável”. Disponível: <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs>
NAÇÕES UNIDAS BRASIL “Como as Nações Unidas apoiam os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável no Brasil”, “Objetivo de Desenvolvimento N°8”. Disponível: <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs/8>
- (8) **WHO/ILO, (OMS/OIT) GLOBAL MONITORING REPORT.** Joint Estimates of the Work-related Burden of Disease and Injury, 2000–2016. Genebra. Pags: 4, 8,36,37, 44-50.
Disponível:
file:///C:/Users/nanit/Downloads/9789240034945-eng%20(1).pdf
- (9) **PRESIDENCIA DA REPUBLICA**, Secretaria Geral, Subchefia para Assuntos Jurídicos, Decreto 10.534 de 28 de outubro de 2020. Brasília. Disponível:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/decreto/D10534.htm
MINISTERIO CIENCIA TECNOLOGIA E INOVAÇÕES. Manual Programa de Gestão. 2ª edição. Brasília 2022 pag: 4,55. Disponível:
https://www.gov.br/mcti/pt-br/acao-a-informacao/institucional/programa-de-gestao/manual-de-uso/manual-pgd_2edicao.pdf
- (10) **KLIEGMAN**, Nelson. “Tratado de Pediatria”. Capítulo 3. Saúde Infantil a Nivel Mundial Edição 21. GEN Guanabara Koogan. pags: 23,24,25
- (11) **BARRADAS**, Rita. Scielo books ” Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à Saúde”. Rio de Janeiro, Editora Fio Cruz 2009, pags 31-275

- (12) **PELLEGRINI FILHO**, Alberto. **MARCHIORI**, Paulo. Scielo “A Saúde e seus Determinantes Sociais”. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro. 2007
- (13) **GOINVO**. “Saúde é mais que cuidados médicos” DSS. Disponível:
https://www.goinvo.com/vision/determinants-of-health/?utm_source=determinantsofhealth.org&utm_medium=redirect
- (14) **CONFEDERAÇÃO NACIONAL DA INDÚSTRIA**. / Instituto Euvaldo Lodi. Brasília: IEL/NC, 2017. “Mapa de Clusters Tecnológicos e Tecnologias Relevantes para Competitividade de Sistemas Produtivos Riscos e Oportunidades para o Brasil diante de Inovações Disruptivas 2017-2027. Brasília. Pags 75-76. Disponível:
https://static.portaldaindustria.com.br/media/filer_public/6c/8e/6c8e358b-a098-4b12-b506-1e425b0a3a35/clusters_tecnologicos_e_tecnologias_relevantes_para_competitividade_de_sistemas_produtivos.pdf
- (15) **MINISTERIO CIENCIA TECNOLOGIA E INOVAÇÕES**. Manual Programa de Gestão.
 2ª edição. Brasília 2022 pag: 4, 55. Disponível:
https://www.gov.br/mcti/pt-br/aceso-a-informacao/institucional/programa-de-gestao/manual-de-uso/manual-pgd_2edicao.pdf
<https://inovacao.mcti.gov.br/sobre/>
- (16) **DAHL**, Robert A. “Sobre a democracia”. editora UnB. 2001. pag 18,
DARTON, Robert, **DUHAMEL** Olivier.” Democracia” editora Record. 2001. pag:192
- (17) **WEFFORT**, Francisco. “O populismo na política Brasileira. Editora paz & terra. 2008.
 Pags: 161-182
- (18) **DAHL**, Robert A. “Sobre a democracia”. Editora UnB. janeiro 2001, pag. 18,19
- (19) **LINDER**, Wolf. “Estruturas e processos da democracia suíça”. Editora Gütersloher Verlagshaus. idioma alemão. 2014. Pag: 8

- (20) **CONSTITUÇÃO DA REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**. 5/10/1988. Artigo 23. parágrafo único. Disponível:
https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/ConstituicaoCompilado.htm
- (21) **CONSTITUÇÃO DA CONFEDERAÇÃO SUÍÇA**. 12/09/1948. Artigo: 47, 50. Disponível:
http://www.eda.admin.ch/brasil_emb/p/home/ch/state/const.html
- (22) **BORIS**, Fausto. “A história do Brasil”. Editora Edusp. 2006. Pag 33
JACOBI, Pedro. “Políticas sociais e ampliação da cidadania” 2000. Pag:19,33,19, 37.
- (23) **DAHL**, Robert A. “Sobre a democracia”. editora UnB. janeiro 2001. pag 188
- (24) **LINDER**, Wolf. “Estruturas e processos da democracia suíça”. Editora Gütersloher Verlagshaus. idioma alemão. 2014. Pag: 60-62
- (25) **LINDER**, Wolf. “Estruturas e processos da democracia suíça”. Editora Gütersloher Verlagshaus. idioma alemão. 2014. Pags: 60-71
- (26) **PATEMAN**, Carole. “Participação e Teoria Democrática”. Editora paz e terra. 1992. pag: 67
LINDER, Wolf. “Estruturas e processos da democracia suíça”. Editora Gütersloher Verlagshaus. idioma alemão. 2014. Pag: 91-95
- (27) **LINDER**, Wolf. “Estruturas e processos da democracia suíça”. Editora Gütersloher Verlagshaus. idioma alemão. 2014. Pag: 91-95
- (28) **SECRETARIA DE GOVERNO DA PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA**,
Secretaria Especial de Assuntos Federativos. Guias do novo prefeito + Brasil
1º edição Brasília | 2020, Pag 35
- (29) **MINISTERIO DA SAUDE**, Revista Brasileira Saúde da Família 22. Editora Ministério da Saúde 2009. Pags: 35, 36

- (30) **MOROSINI**, Marcia; Corbo, Anamaria; Guimarães, Cátia “O Agente Comunitário da Saúde no âmbito das políticas voltadas para a Atenção Básica: Concepções do Trabalho e da Formação Profissional”. 2007. Pags: 3-10,12,13,20
- (31) **MINISTERIO DA SAUDE**, Revista Brasileira Saúde da Família 22. “História e Contexto de atuação dos Agentes Comunitários no Brasil” 2009
- (32) **MELO**, Simone; Ferreira, Flavia e outros. “Agente Comunitário de Saúde: elemento nuclear das ações em saúde” 2012. Scielo. Disponível:
<https://www.scielo.org/article/csc/2013.v18n7/2147-2156/>
- (33) **TONINI DOS SANTOS**, Karini e outros. “Agente comunitário de saúde: perfil adequado a realidade do Programa Saúde da Família?” Scielo . 2011.
- (34) **WITMER**, A; SEIFER SD; e outros. “Community health workers: integral members of the health care work force”. 1995. 85(8):1055-1058.
- (34) **FERRAZ** Lucimare, Ganzo Denise. “O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre”. Ciência Saúde Coletiva. Scielo. 2004. 10(2):347-355.
- (35) **MOROSINI**, Marcia. “Agente Comunitário de Saúde: O ser, O saber, O fazer”. Rio de Janeiro. Scielo. Fiocruz. 2002.
- (36) **FERRAZ** Lucimare, Ganzo Denise. “O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre”. Scielo. 2004. 10(2):347-355. Ciência Saude Coletiva
- (37) **SCHNEIDER H; HLOPHE H; RENSBURG**. “Community health workers and the response to HIV/AIDS in South Africa:tensions and prospects. Health Policy Plan 2008; 23(3):179-187.

- (38) **SANTOS**, Luciana. “A atuação do agente comunitário de saúde em São Bernardo do Campo: possibilidades e limites para a promoção da saúde”. (dissertação). São Paulo. USP. 2005
- FERRAZ** Lucimare, Ganzo Denise. “O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre”. *Ciência Saúde Coletiva*. Scielo. 2004. 10(2):347-355.
- (39) **MINISTERIO DA SAUDE**. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e educação na Saúde. “Perfil de competências profissionais do Agente Comunitário de Saúde”. BVS. Brasília. 2003
- (40) **LIVINGSTON** Allison; Tomedi Angelo. “A Community Health Worker Home Visitation Project to Prevent Neonatal Deaths in Kenya”. *Journal Tropical Pediatric*. 2012. 59(1):64-66.
- (41) **HARRIS** Matthew; Haines Andy. “The potential contribution of community health workers to improving health outcomes in UK primary care”. *J R Soc Med* 2012; 105(8):330-335.
- (42) **SANTOS PEDROSA** Jose, Mendes João. “Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família”. *Scielo. Revista Saúde Pública*. 2001. 35(3):303-311.
- (43) **CONILL** Eleonor. “Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil”. 1994-2000”. *Scielo* 2002; 18(Supl.):191-202.
- (44) **GALAVOTE** Heleticia, Prado Thiago; e outros. “Desvendando os processos de trabalho do agente comunitário de saúde nos cenários revelados na Estratégia Saúde da Família no município de Vitória (ES, Brasil)”. *Science. Cien Saude Colet* 2011; 16(1):231-240.
- (45) **MARZARI** Carla, Roque Jose, Selli Lucilda. “Agentes comunitários de saúde: perfil e formação”. *Scielo. Saúde Coletiva* 2011; 16(Supl.1):873-880.

- (46) **NASCIMENTO** Elisabet, Correra Carlos. “O agente comunitário de saúde: formação, inserção e práticas”. Scielo. Saúde Pública. 2008; 24(6):1304-1313.
- (47) **CARDOSO** Andreia, Nascimento Marilene. “Comunicação no Programa Saúde da Família: o agente de saúde como elo integrador entre a equipe e a comunidade”. Scielo. Ciências Saúde Coletiva 2010; 15(Supl.1):1509-1520.
- (48) **FILGUEIRAS** Andrea. Silva Ana. “Agente Comunitário de Saúde: um novo ator no cenário da saúde do Brasil”. Scielo. 2011; 21(3):899-916.
- (49) **MINISTERIO DA SAUDE**. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual instrutivo “O trabalho do agente comunitário de saúde”. 2009. 3a edição. Revista, ampliada e atualizada, pags: 10-16; 37, 38
http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_acs.pdf
- (50) **MINISTERIO DA SAUDE**. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual instrutivo “O trabalho do agente comunitário de saúde”. 2009. 3a edição. Revista, ampliada e atualizada, pags: 63-67
http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_acs.pdf
- (51) **MINAYO** Carlos, Gomez Sonia, e outros “A construção do campo de saúde do trabalhador: percurso e dilemas”. 2001, 13(Supl. 2):21-32.
- (52) **OMS/OIT**. Estimativas conjuntas Carga de Doenças e Lesões Relacionadas ao Trabalho, 2000-2016: Relatório de Monitoramento Global. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2021. (Joint Estimates of the Work-related Burden of Disease and Injury Global Monitoring Report 2016) Disponível:
<https://www.who.int/teams/environment-climate-change-and-health/monitoring/who-ilo-joint-estimates>
- (53) **PROMOVENDO A EQUIDADE EM SAUDE: DSSBR**
<https://dssbr.ensp.fiocruz.br/dss-o-que-e/>

(54) **MINISTERIO DA SAUDE**. Secretaria da Atenção Primária a Saúde (SAPS)

<http://aps.saude.gov.br/noticia/19776>

(55) **CUSTOS DE SEGUROS DE SAUDE NA SUIÇA**. O que você tem que pagar

<https://www.ch.ch/de/gesundheit/krankenkasse/kosten-fur-krankenkasse/#bei-der-pramie-kosten-sparen>

(56) **PRESIDENCIA DA REPUBLICA**. Regulamentação da profissão de Assistente Social

Lei N° 8.662, de 7 de junho de 1993

http://cfess.org.br/arquivos/legislacao_lei_8662.pdf

(57) **PRESIDENCIA DA REPUBLICA**. Lei N° 13,595 de janeiro de 2018 Atribuições dos Agentes comunitários da Saúde atribuições, a jornada e as condições de trabalho, o grau de formação profissional, os cursos de formação técnica e continuada e a indenização de transporte dos profissionais Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias.