



VIII Encontro Brasileiro de Administração Pública

ISSN: 2594-5688

Sociedade Brasileira de Administração Pública

ARTIGO

**INTERAÇÕES INTRAORGANIZACIONAIS UMA ANÁLISE
DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO SAÚDE DO
TRABALHADOR DO SUS NA CIDADE DO NATAL/RN**

**FABIANO JORGE SOARES, DANIELA NOGUEIRA MENDES, NADYA NARJARA DE AZEVEDO
FARIAS**

GT 3 GESTÃO DE ORGANIZAÇÕES PÚBLICAS

VIII Encontro Brasileiro de Administração Pública, Brasília/DF, 3 a 5 de novembro de 2021.
Sociedade Brasileira de Administração Pública (SBAP)
Instituto Brasileiro de Ensino, Desenvolvimento e Pesquisa (IDP)
Brasil

Disponível em: <https://sbap.org.br/>

Interações intraorganizacionais: Uma análise da implementação do Projeto Saúde do Trabalhador do SUS na cidade do Natal/RN

RESUMO

O objetivo deste artigo é analisar como as interações sociais influenciam os resultados das políticas públicas em um contexto de implementação administrativa no Projeto Saúde do Trabalhador do SUS - uma política de proteção à saúde dos trabalhadores do Sistema Único de Saúde vinculados à Secretaria Municipal de Saúde de Natal/RN. Foi realizada uma análise para verificar a articulação entre o Núcleo Gestor e as Comissões, a participação dos trabalhadores e a eficácia operacional. Foram utilizados instrumentos metodológicos como entrevistas, análise documental e grupos focais. Os resultados mostram um baixo nível de interação entre as Comissões e o Núcleo Gestor da política, enfraquecendo os elos entre as partes e dificultando um alinhamento de esforços voltados para objetivos comuns. Ademais, o espaço de discricionariedade previsto pela política dificulta o monitoramento das ações por parte do Núcleo Gestor e a construção de unidade na execução da política pública.

PALAVRAS-CHAVE: Instituições habitadas; Implementação administrativa; Saúde do trabalhador; Sistema Único de Saúde; Análise de políticas públicas.

INTRODUÇÃO

O processo de análise de políticas públicas pressupõem a análise dos resultados obtidos na implementação de um programa. No entanto, a definição de tais resultados bem como a definição de uma implementação bem-sucedida não são únicas - ao contrário, elas dependem do modelo analítico utilizado. De modo geral, dois modelos se destacam na literatura: *top-down*, com análise centrada nos atores formuladores das políticas; e *bottom-up*, onde o foco está nos atores locais. Matland (1995) adiciona a ambiguidade e o conflito como dois elementos fundamentais para identificação da melhor corrente teórica a ser utilizada.

A literatura sobre o papel das instituições no processo de implementação é vasta e algumas correntes teóricas buscaram enfatizar as pessoas como ponto central na análise. Scully e Creed (1997), por exemplo, apresentaram o termo instituições habitadas, referindo-se a uma categoria para pesquisa organizacional em que as interações sociais influenciam na interpretação, aplicação e transformação das instituições. De acordo com essa abordagem as pessoas estão inseridas em diversos contextos e relações sociais que influenciam na forma como a própria burocracia será interpretada e operacionalizada no nível local (HALLETT; VENTRESCA, 2006).

Partindo desse pressuposto, o presente artigo tem como principal objetivo avaliar como as interações sociais influenciam os resultados das políticas públicas em um contexto de *administrative implementation* (MATLAND, 1995) na implementação do Projeto Saúde do Trabalhador do SUS, que visa ser uma política de proteção à saúde dos trabalhadores do Sistema Único de Saúde - SUS vinculados à Secretaria Municipal de Saúde de Natal - SMS. A metodologia Roda utilizada no projeto, também conhecida como Paideia, consiste em um método de gestão do trabalho que tem como pressuposto a construção da democracia organizacional e objetiva aumentar a capacidade de análise e intervenção dos coletivos, inclusive no setor de saúde pública. O recorte desta análise é dada sob a

perspectiva das interações sociais para entender a eficácia operacional do projeto, identificar o nível de articulação entre o Núcleo de Saúde do Servidor do SUS/Natal - NSTS e as Comissões de Saúde e Segurança do Servidor da SMS/Natal - COSSEN e ainda verificar o grau de participação das Comissões na sua implementação. Sendo assim, será realizada uma análise sob a égide da literatura das instituições habitadas.

Ressalte-se ainda que, para o entendimento das questões deste trabalho, foi necessário aprofundar-se no desenho institucional da política - descrito mais adiante com maior riqueza de detalhes -, onde foi abordada a trajetória formal e legal que dá lastro para a Portaria N° 053/2014, desde o marco constitucional, passando pela criação do SUS, das Conferências, dos Conselhos de Saúde, da Mesa Nacional de Negociação Permanente até a publicação oficial a nível municipal, bem como a formalização do Núcleo Gestor responsável pelo Projeto.

Assim, para uma perspectiva ampliada, até o presente momento os autores apropriaram-se de informações sobre o Projeto através de pesquisa bibliográfica, documental e entrevistas com o seu Núcleo Gestor.

As estratégias acima utilizadas possibilitaram atingir o objetivo geral da análise e seus objetivos específicos, quais sejam:

1. Verificar o nível de articulação entre o Núcleo Gestor e as Comissões; e
2. Identificar o grau de participação das Comissões na implementação do Projeto.

Para atender ao objetivo proposto, foram aplicadas técnicas de metodologia participativa qualitativas, bem como análise documental das legislações que norteiam a política e pesquisas bibliográficas sobre o tipo de metodologia utilizada na implementação do Projeto. Durante a execução deste estudo, foi realizado grupo focal com o Núcleo Gestor, a aplicação de questionário para as 23 Comissões e entrevistas semi-estruturadas com as Comissões que colaboraram em responder os questionários, cujo seu grau de participação, autonomia e interação foi classificado de acordo com a análise de suas respostas.

Optou-se pelo recorte das Comissões mais atuantes por serem supostamente as mais engajadas e apresentarem disponibilidade em participar das metodologias, além de fornecer documentos imprescindíveis à execução deste trabalho. Ainda em consonância com o objetivo proposto e as metodologias empregadas, os autores estabeleceram critérios específicos para este trabalho, os quais caracterizam-se como: articulação, autonomia, participação e eficácia operacional. Com base nos dados coletados junto aos órgãos que compõem o Projeto Saúde do Trabalhador do SUS, foram definidos três perfis para classificar as Comissões avaliadas.

1 - ABORDAGENS DE IMPLEMENTAÇÃO: *TOP-DOWN*, *BOTTOM-UP* E INFLUÊNCIA DE ATORES IMPLEMENTADORES

A Constituição Federal de 1988 é um marco na mudança de atuação do Estado brasileiro. Na medida em que os direitos políticos e sociais foram ampliados, o arranjo institucional do país se complexificou de modo a efetivar o Estado de bem-estar social. Tais mudanças afetam diretamente a burocracia e, conseqüentemente, os processos de formulação e implementação das políticas públicas. A descentralização político-administrativa que ocorreu à época, por exemplo, transferiu a responsabilidade de implementação de políticas, sobretudo sociais, aos governos subnacionais (CAVALCANTE; LOTTA; OLIVEIRA, 2018).

As complexidades de implementação vieram não apenas pela magnitude das políticas públicas que se propunham universais, como também pela multiplicidade de atores envolvidos nesse novo arranjo, além das restrições de ordens orçamentária, operacional e de recursos humanos. Ademais, a partir da definição de competências dos entes federativos na Constituição de 1988, os diferentes contextos de cada região e/ou município levaram a processos muito heterogêneos de implementação de políticas - o que tornou ainda mais necessária a análise sobre as formas de relação e coordenação estabelecidas entre os entes federativos (CAVALCANTE; LOTTA; OLIVEIRA, 2018).

Nesse novo e complexo cenário, fica ainda mais evidente a importância de incluir a dimensão das instituições nas análises de políticas públicas a fim de compreender os aspectos que contribuem para o êxito das políticas. No que diz respeito à implementação, no entanto, não há uma definição única sobre o que qualificaria esse processo como bem-sucedido. De modo geral, Matland (1995) afirma que a definição de uma implementação bem-sucedida se difere entre as duas escolas de pensamento: *top-down* e *bottom-up*.

Apoiado em diversos autores, Matland (1995) descreve os modelos *top-down* como altamente prescritivos, uma vez que procuram desenvolver recomendações generalizáveis para implementação de políticas públicas. Tais prescrições são direcionadas para o nível central e dizem respeito a variáveis que estão ao alcance dos formuladores das políticas, como, por exemplo, tornar os objetivos claros e consistentes, diminuir o número de atores envolvidos e delegar a implementação a agências simpáticas aos objetivos pretendidos (MATLAND, 1995).

Uma das principais críticas feitas à abordagem *top-down* diz respeito ao foco dado à norma definida, que desconsidera o contexto anterior à formulação da política, contendo inclusive objetivos públicos mais amplos. Além disso, também há críticas ao modo de enxergar a implementação, considerando-a como um processo puramente administrativo, sem aspectos políticos. Por fim, os modelos *top-down* são criticados pela ênfase atribuída exclusivamente aos formuladores das normas, ao passo que os atores locais são tidos como impedimento para o sucesso da implementação da política (MATLAND, 1995).

De maneira oposta, os teóricos da linha *bottom-up* argumentam que analisar a política a partir de seu público-alvo e dos servidores que a operacionalizam no nível local possibilita um entendimento mais realista acerca da implementação. Nessa abordagem, entende-se que o processo de implementação envolve um nível macro - nível central que formula a política - e um nível micro, onde organizações locais reagem aos planos formulados no nível macro. Assim, os problemas de implementação estariam concentrados na interação entre o ambiente institucional desses dois níveis (MATLAND, 1995).

A abordagem *bottom-up* atribui ênfase à existência de diferentes contextos locais, que podem não se adequar às regras criadas pelos formuladores no nível central. Por isso, teóricos dessa linha apontam para a necessidade de atribuir algum grau de liberdade aos implementadores locais, para que possam adaptar o programa aos diferentes contextos (MATLAND, 1995).

Uma crítica feita aos modelos *bottom-up* diz respeito ao papel do burocrata de nível local dentro de um sistema democrático, uma vez que a autoridade desses servidores não é legitimada pelo voto do povo em eleições representativas. Assim, a discricionariedade dos burocratas não deveria servir como base para a formulação, uma vez que a flexibilidade e autonomia podem permitir que os agentes implementadores persigam objetivos e interesses próprios. Além disso, a abordagem *bottom-up* também é criticada pela ênfase demasiada na autonomia do nível local, desconsiderando a contribuição dos formuladores para o sucesso da implementação - como, por exemplo, estrutura institucional, recursos disponíveis e, inclusive, determinação de autonomia e participação (MATLAND, 1995).

Desse modo, por partirem de pontos de análise diferentes, a definição de uma implementação bem-sucedida se difere para as duas abordagens. A teoria *top-down* mensura o sucesso em termos de resultados específicos, atrelados diretamente às regras criadas no processo de formulação. Já entre os teóricos *bottom-up*, a análise se dá de maneira mais ampla, considerando os efeitos positivos da política pública, ainda que não respondam integralmente a um estatuto. (MATLAND, 1995).

Com base na literatura da teoria organizacional, Matland (1995) defende que a ambiguidade e o conflito são dois aspectos centrais que afetam a implementação de políticas públicas. Para o autor, observando o nível desses dois aspectos, é possível prever como o processo de implementação se desenvolverá. Partindo da hipótese de que a política estudada neste artigo se enquadra na categoria de *administrative implementation*, ou seja, possui baixo nível de ambiguidade e conflito reduzido, tem-se que os formuladores no nível macro exercem influência considerável sobre os resultados da implementação.

Dentro dessa categoria, Matland (1995) afirma que os resultados são fortemente determinados pelos recursos e os problemas ocorrem sobretudo devido a mal-entendidos, coordenação deficiente, insuficiência de recursos e de tempo, ou falta de uma estratégia de monitoramento eficaz para controle e sanção de comportamentos desviantes. Nessa abordagem *top-down*, a formulação prevê um

conjunto de regras que estruturam a discricionariedade de modo a garantir os resultados esperados. Assim, o processo de implementação passa a ser dominado por questões tecnocráticas de conformidade e acompanhamento (MATLAND, 1995).

Apesar da categoria *administrative implementation* descrever um cenário de baixa ambiguidade e baixo conflito, com problemas advindos sobretudo de termos tecnocráticos, é importante considerar também as práticas organizacionais que podem estar presentes mesmo em políticas claras e com alto grau de consenso.

Como Brodtkin e Majmundar (2010) observam, as políticas públicas não são autoexecutáveis, elas dependem de práticas organizacionais para sua produção. Assim, as regras formais exercem papel fundamental, pois elas podem levar a mais ou menos espaço para a criação de práticas informais na implementação - ainda que a discricionariedade não possa ser eliminada (BRODKIN; MAJMUNDAR, 2010). Nesse sentido, Brodtkin e Majmundar (2010) destacam a importância da gestão e governança na implementação de políticas sociais. A atenção gerencial, segundo as autoras, deve estar equilibrada para que não ocorram desequilíbrios na prática, ou seja, para que regras informais não ganhem demasiado espaço.

1.1 - O papel dos atores nas organizações

Observar as práticas informais das organizações na implementação de políticas coloca as pessoas como um elemento importante na análise. Diversas abordagens institucionalistas buscaram enfatizar tal elemento e, neste estudo, destaca-se a teoria das instituições habitadas, termo proposto por Scully e Creed (1997), referindo-se a uma categoria para pesquisa organizacional que traz as pessoas de volta ao centro da análise, considerando-as não de maneira isolada, mas sobretudo as interações sociais que influenciam na interpretação, aplicação e transformação das instituições.

Apoiado em diversos autores, Hallet e Ventresca (2006) apontam duas razões pelas quais a dissociação entre instituições e interações sociais é problemática. A primeira delas se refere ao fato de que, apesar das instituições estarem penetradas nas organizações, é por meio da interação social que elas são interpretadas e modificadas. A segunda razão para não dissociar instituições e interações sociais diz respeito ao significado das próprias instituições, que também é construído através de interação. Assim, a abordagem das instituições habitadas reconhece que as pessoas estão inseridas em diversos contextos e relações sociais que influenciam na forma como a própria burocracia será interpretada e operacionalizada no nível local (HALLETT; VENTRESCA, 2006).

Nesse sentido, o significado da burocracia é negociado por meio das interações entre trabalhadores e gestão, por exemplo. Para Gouldner (1954), os conflitos entre os interesses dos trabalhadores e da gestão produzem três diferentes padrões de burocracia. O primeiro é a burocracia simulada, onde as regras burocráticas existem, mas são amplamente ignoradas ou inoperantes. O segundo padrão é a burocracia representativa, em que interesses mútuos e acordos explícitos levam

ao consentimento voluntário. Na terceira variação, burocracia centrada na punição, o foco está na aplicação das regras, independentemente de sua utilidade (HALLETT; VENTRESCA, 2006).

Dentro da abordagem de instituições habitadas, a ideia de imersão está sempre presente, uma vez que não são apenas as interações entre trabalhadores e gerência, no espaço de trabalho, que contribui para a interpretação das instituições. As pessoas estão imersas, também, em contextos e relações que extrapolam a organização e que influenciam na produção de significado às instituições. Dessa maneira, as interações sociais constroem o significado da política e justificam as ações no cotidiano, influenciando os resultados da implementação.

2 - POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL

Em 1990, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) - Lei Nº 8.080/90, uma mudança significativa ocorreu através da Lei Nº 8.142/90, que instituiu as Conferências e os Conselhos de Saúde, enquanto instâncias de controle social, dentre os quais destacamos o Conselho Nacional de Saúde (CNS). O Decreto 5.839, de 11 de julho de 2006, em substituição ao Decreto 99.438 de 07 de julho de 1990, que dispõe sobre a organização e atribuições do CNS, define que o CNS tem prerrogativa de criar comissões com a finalidade de promover estudos com vistas à compatibilização de políticas e programas de interesse para a Saúde, entre as quais se inclui a Saúde do Trabalhador.

A Resolução Nº 52, de 06 de maio de 1993, criou a Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS - MNNP, com o objetivo de estabelecer um fórum permanente de negociação entre empregados e trabalhadores do SUS sobre todos os pontos pertinentes à força de trabalho em saúde. A MNNP publicou em 01 de dezembro de 2011 o Protocolo 008, que institui a Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do SUS. Para que esta política seja implementada em todas as esferas de governo, os estados e os municípios devem elaborar instrumentos legais adequados às suas realidades específicas e implementá-los em suas respectivas jurisdições.

2.1 - O caso do Programa Saúde do Trabalhador em Natal (RN)

Diante da atribuição de elaboração desses instrumentos, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) da Prefeitura Municipal do Natal publicou a Portaria 053, de 21 março de 2014, que institui a Política Municipal de Promoção da Saúde do Trabalhador do SUS, na qual enfatiza a vigilância, a promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores do SUS, a redução da morbimortalidade decorrente dos processos produtivos, a melhoria das condições de trabalho e a redução dos fatores de risco. A partir disso, o Departamento de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde - DGTES, criou o Núcleo de Saúde do Trabalhador do SUS/Natal - NSTS, tendo como área de abrangência todas as unidades da SMS e que se articula com os diversos parceiros internos e externos, especialmente o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador - CEREST, os distritos sanitários e seus serviços de saúde, com o propósito de envolver, sensibilizar, capacitar e apoiar trabalhadores e gestores da SMS. O público-

alvo são todos os trabalhadores da SMS independentemente do seu vínculo empregatício. A proposta do NSTS é gerar multiplicadores, e para tanto foi utilizado o método Paidéia: foram discutidos em roda os conteúdos da formação, as dificuldades e propostas em diversos espaços de reflexão.

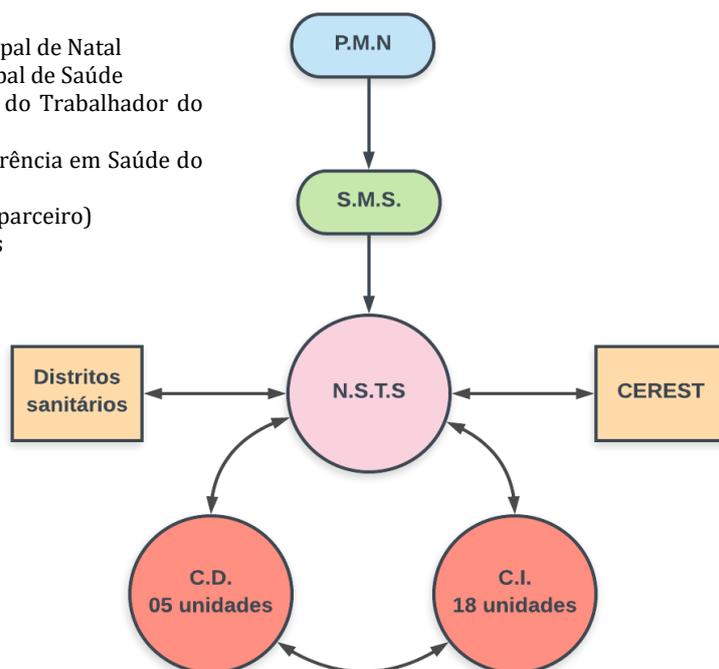
Através da portaria N° 231/GS da Secretaria Municipal de Saúde, foram criadas 23 Comissões de Saúde do Trabalhador do SUS - CSTS como uma estratégia para atingir um número maior de trabalhadores da SMS, promover a participação, compartilhar conhecimentos e experiências individuais além de formar multiplicadores do Projeto, com o objetivo de promover a melhoria das condições de trabalho e saúde dos trabalhadores.

Foram criadas cinco Comissões Distritais que atuam junto aos profissionais dos quadros funcionais da área de abrangência de cada Distrito Sanitário, a saber: Sede Administrativa Distrital; Unidades de Atenção Primária à Saúde e outros serviços dentro do Distrito. Além dessas, foram criadas 18 Comissões Internas, as quais atuam junto aos profissionais dos quadros funcionais dos seguintes serviços: Sede Administrativa da SMS; Hospitais; Unidades de Pronto Atendimento; Unidades Mistas; Maternidades; Policlínicas; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, Centros de Atenção Psicossocial, Centro Clínico de Zoonoses (CCZ) e outros serviços especializados que venham a ser criados. Todas as comissões são independentes, atuando sob a coordenação, acompanhamento e assessoramento do Núcleo de Saúde do Trabalhador do SUS/Natal - NSTS, vinculado ao Setor de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde - SGRTS, do Departamento de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde - DGTES, da SMS.

Fluxograma 1: Desenho institucional do Programa Saúde do Trabalhador do SUS

LEGENDA

- P.M.N - Prefeitura Municipal de Natal
- S.M.S - Secretaria Municipal de Saúde
- NSTS - Núcleo de Saúde do Trabalhador do SUS
- CEREST - Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (parceiro)
- DISTRITO SANITÁRIO - (parceiro)
- C.D - Comissões Distritais
- C.I - Comissões Internas



Fonte: Elaborado pelos autores, 2021.

Para acompanhar os acidentes em serviço, o NSTS fez uma adaptação de um instrumento do serviço público federal, a notificação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN, e criou a Comunicação de Acidente em Serviço (CAS), a qual não substitui o SINAN, porém permite em âmbito municipal fazer um mapeamento dos acidentes em serviço dos trabalhadores da SMS. Criado pela Portaria 478/2016 a CAS é um instrumento obrigatório que tem como objetivo comunicar um acidente para que seja resguardado o direito de um servidor acidentado em serviço, acidente esse que se relacione direta ou indiretamente com as atribuições a ele inerentes, provocando lesão corporal ou perturbação funcional, ou que possa causar a perda ou redução, permanente ou temporária, das suas capacidades para o exercício do seu trabalho. O preenchimento é de responsabilidade do gestor do serviço de saúde onde ocorreu o acidente.

Classifica-se como um conjunto de procedimentos e regras de funcionamento a serem aplicados diretamente em instituições específicas para ações relacionadas a essas instituições. A rede de protocolo único é basicamente um meio comum de comunicação entre diferentes locais que necessitam dialogar uns com os outros.

3 - METODOLOGIA E CRITÉRIOS DE ANÁLISE

A presente análise foi realizada durante a implementação deste projeto (2018). Para isso, foram utilizados os seguintes procedimentos metodológicos:

Inicialmente, o contato ocorreu com o Núcleo Gestor do Projeto, foi realizada observação local através de visitas, posteriormente aplicada entrevista semiestruturada, e também coleta de dados por meio de pesquisa documental. Após essa etapa, realizou-se contato com as comissões distritais e internas, sendo aplicados questionários on-line. As Comissões não respondentes foram descartadas da análise. Após análise dos dados dos questionários, foi definido quais comissões seriam selecionadas para compor a base da pesquisa como sendo as mais atuantes - ou seja, aquelas que todos os seus membros responderam.

Além do nível de atuação, verificamos o retorno que as comissões dão ao Núcleo quanto a suas ações implementadas (transparência nas ações) para ao final, selecionar as comissões que representam uma amostragem de no mínimo 10% do total das comissões existentes, considerando o critério de representação regional nos distritos de saúde do município.

Ao final, as Comissões selecionadas para esta análise são as do Distrito Sanitário Sul, Centro Clínico de Zoonoses de Nova Descoberta, Hospital Municipal no Distrito Leste e Distrito Sanitário Norte II.

Com base na aplicação destas metodologias, busca-se respostas quanto ao nível de articulação entre o Núcleo Gestor e as Comissões e sobre como se dá essa articulação, a fim de avaliar como as interações sociais influenciam os resultados das políticas públicas em um contexto de *administrative*

implementation, isto é, em um contexto de ausência de conflitos políticos e regras claras (MATLAND, 1995).

Outro ponto a ser avaliado é o grau de participação das Comissões na implementação do Projeto, mensurado através das respostas e dados fornecidos pelas Comissões avaliadas. Foram definidos como critério de análise perfis que consideram os seguintes aspectos: participação, autonomia e interação, cuja soma dos itens alcançados irá caracterizar esta comissão entre os perfis “A, B ou C”.

Perfil A - SINÉRGICO: quando a Comissão é reconhecida, tanto pelos seus membros quanto pelo Núcleo, como uma Comissão integrada com as demais Comissões e com o núcleo do projeto; quando ela apresenta autonomia em suas ações e serve de referência para as demais Comissões; quando a participação de seus representantes ocorre de modo universalizado (todos os membros são considerados atuantes).

Perfil B - MODERADO: quando seus representantes e gestores do Núcleo reconhecem que esta Comissão apresenta um grau de interação intermediário (interage tanto com o Núcleo como com algumas Comissões, porém apresenta dificuldades neste processo); quando esta Comissão apresenta certa autonomia em algumas ações, porém em seu ato decisório ainda pese a opinião do Núcleo na efetivação destas decisões; quando há participação de seus representantes, porém de forma concentrada em alguns membros da Comissão.

Perfil C - FRÁGIL: Corresponde ao nível o mínimo, quando seus representantes e gestores do Núcleo reconhecem que esta Comissão apresenta um baixo grau de interação (apenas com uma Comissão ou Núcleo) entre as demais Comissões; quando esta Comissão apresenta uma alta dependência do Núcleo em suas decisões; quando seus representantes possuem dificuldade/desinteresse em participar das decisões da própria Comissão.

Quanto à mensuração da eficácia operacional do Projeto, definiremos a partir da quantificação das Comissões que se enquadram nos perfis A, B e C, se o protocolo único ocorre de forma homogênea entre as Comissões e como se dá a comunicação de acidentes em serviço. Para isso, foram realizadas comparações entre as Comissões de diferentes perfis, identificando suas ações nestes dois itens operacionais.

Foram realizados encontros nas seguintes Comissões: Distrito sanitário Sul, Centro Clínico de Zoonoses de Nova Descoberta, Hospital Municipal no Distrito Leste e Distrito Sanitário Norte II, durante o mês de maio de 2018, para acompanhar a implementação deste projeto nas Comissões, buscando observar aspectos como grau de interação, autonomia e participação dos membros e como estas características contribuem com o acesso ao atendimento dos usuários da Rede de Protocolo Único e a Comunicação de Acidente em Serviço (CAS).

Com isso, buscou-se observar também como a metodologia Paideia, conhecida como método Roda, influencia na apresentação de uma democracia organizacional, ou seja, uma autonomia em

todos os aspectos de gestão de suas ações e cumprindo com o objetivo metodológico de aumentar a capacidade de análise e interação entre atores e coletivos e, conseqüentemente, seu capital social. Assim, foi possível compreender a capacidade de estabelecimento de laços de confiança interpessoal e redes de cooperação, com vistas à produção de bens coletivos, neste caso um projeto eficiente e operante.

4 - ANÁLISE DOS RESULTADOS

Com base nas informações coletadas por meio das reuniões realizadas com os membros do Núcleo Gestor e demais atores entrevistados, as Comissões do Centro Clínico de Zoonoses (CCZ), e do Hospital Municipal, foram apontadas como as mais atuantes no projeto.

Quando questionado sobre as ferramentas de aferição dos aspectos de autonomia, participação e interação das Comissões, o Núcleo Gestor informou que as ferramentas utilizadas são as pautas e atas de reuniões ordinárias e extraordinárias. Por meio dessas publicações, o Núcleo destacou que o Hospital Municipal é o mais transparente. Um fator relevante que contribuiu para esta qualificação foi o fato de o Hospital Municipal ser a única Comissão que possui uma CIPA (Comissão Interna de Prevenção de Acidentes, que segundo Decreto-lei Nº 7.036/1944, Art. 82). Os empregadores, cujo número de empregados seja superior a 100, deverão providenciar a organização em seus estabelecimentos de comissões internas com os empregados, objetivando estimular a prevenção de acidentes. Tal instrumento fortalece a Comissão referente ao Hospital Municipal, não aplicado às demais comissões aqui avaliadas uma vez que não possuem quadro funcional superior a 100 funcionários, ficando assim desobrigadas da criação de uma CIPA.

De acordo com as entrevistas realizadas, o quadro reduzido do Núcleo Gestor dificulta a realização de reuniões com as Comissões de Saúde e Segurança do Servidor da SMS/Natal (COSSEN) e de colaborar com reuniões desenvolvidas pelas próprias Comissões, o que influencia diretamente na proposição de ideias inovadoras para a execução de ações de prevenção. A disponibilidade de carga horária diferente das equipes de cada setor do SUS também dificulta a participação dos trabalhadores nos cursos e nas ações promovidas pelo Núcleo, Comissões ou própria SMS, além das diferentes temáticas abordadas condizentes com a realidade de cada Comissão.

Um outro aspecto identificado como dificultador para o monitoramento realizado pelo Núcleo Gestor (além do alegado número reduzido de funcionários e da metodologia horizontalizada) é a inexistência de uma sistemática que interligue todas as Comissões com o Núcleo, efetivando o acompanhamento. Um dos argumentos é referente às especialidades destas Comissões, que dificultaria o acompanhamento e suporte, uma vez que são formadas por diferentes equipes profissionais. Por exemplo, Centro Clínico de Zoonoses que atende demandas diferentes das Unidades Básicas de Saúde, as quais também se diferem do Hospital Municipal e dos Centros de Atendimento

Psicossocial - CAPS. Por consequência, elas requerem capacitações distintas e que sejam alinhadas com sua atuação cotidiana.

Além destes desafios de interação, foi informado que os critérios de avaliação por parte do Núcleo Gestor para verificar se as Comissões estão cumprindo seus objetivos estão baseados nas pautas e atas das reuniões, além da atuação das Comissões. Entretanto, nem todas as Comissões informam ao Núcleo de forma efetiva como são implementadas suas ações. O Núcleo Gestor não se sentiu confortável em apontar quais seriam as Comissões que não estavam cumprindo com seus objetivos.

Sobre o planejamento interno das Comissões e se ele é realizado conforme estabelecido no Regimento Interno (contemplando o plano de atividades), o Núcleo Gestor informou que esse planejamento fica a cargo das Comissões, assim como a implementação do plano de atividades, respeitando as suas peculiaridades.

Em relação ao número de reuniões gerais entre o Núcleo Gestor e todas as Comissões que foram realizadas no primeiro ano de implementação, o Núcleo afirmou que houve dificuldade para reunir todos os representantes das comissões nas reuniões devido à alta rotatividade de membros, em decorrência do grande número de funcionários que se aposentaram durante o período de implementação do projeto (dois anos). Com isso, as reuniões foram poucas e não houve uma participação total de seus representantes.

Diante disso, conclui-se que as ações são reativas e pontuais. Não há uma padronização efetiva nos processos de monitoramento, suporte e avaliação. As Comissões citadas como mais atuantes assim o são por iniciativa de seu corpo técnico. Em alguns casos, mesmo equipes com perfil mais atuante devido ao território atendido (com um perfil de alta vulnerabilidade social e grande área de atuação) não conseguem realizar tantas ações, a exemplo da UBS do Vale Dourado que está inserido no bairro de Nossa Senhora da Apresentação (mais populoso e majoritariamente composto por população em situação de vulnerabilidade social). Desse modo, seus membros não conseguem desenvolver ações da mesma forma que uma unidade localizada em um bairro com uma boa infraestrutura, população com alto poder aquisitivo e qualificação profissional, a exemplo do Centro de Controle de Zoonoses que se localiza no bairro de Nova Descoberta.

Os mecanismos de aferimento de informações - como registro das ações realizadas, avaliação dos profissionais e documentos de controle, como atas e pautas de reunião - não são realizados de forma centralizada devido à metodologia empregada pelo projeto, que permite que todas as Comissões realizem suas atividades conforme entendimento particular e disponibilidade de seu corpo técnico.

Conforme pode ser verificado no Quadro 1, em relação ao Critério de Interação, não houve nenhuma comissão que se enquadrou no Perfil A - Sinérgico, evidenciando uma fragilidade na comunicação entre as Comissões e o Núcleo Gestor. Quanto ao Critério de Participação, predominou o Perfil Moderado e não houve nenhuma Comissão que se enquadrava no Perfil C - Frágil.

Quadro 1: Perfil das comissões analisadas

Comissões	Hospital Municipal	Distrito Sanitário Sul	Centro clínico de Zoonoses	Distrito Sanitário Norte II
Critérios				
Interação	Moderado	Frágil	Moderado	Frágil
Participação	Sinérgico	Moderado	Moderado	Moderado
Autonomia	Sinérgico	Sinérgico	Sinérgico	Sinérgico

Fonte: Elaborado pelos autores, 2021.

O Hospital Municipal destacou-se em contrapartida como um perfil Sinérgico, o que pode ser explicado pela existência da CIPA, que emana uma obrigatoriedade em realizar eventos e cumprir normas relacionadas à Saúde do Trabalhador. Por último, em relação à Autonomia, todas as comissões qualificam-se no Perfil A - Sinérgico, como identificado anteriormente, devido à própria metodologia implementada no Projeto.

Em suma, dentre as Comissões avaliadas, a que mais se destacou foi o Hospital Municipal, seguido do Centro Clínico de Zoonoses, e por último os Distritos Sul e Norte que apresentaram o mesmo perfil.

5 - CONCLUSÕES

Com base nos dados obtidos nesta pesquisa, identificou-se alguns aspectos que comprometem a implementação do Projeto Saúde do Trabalhador do SUS no sistema municipal de saúde de Natal. Inicialmente, buscou-se mensurar os níveis de interação, participação e autonomia das comissões, após a aplicação de questionários em quatro das 23 comissões existentes e também com o Núcleo Gestor.

Com a análise das respostas, detectou-se uma baixa interação entre as Comissões, onde nenhuma das entrevistadas mantém relação direta e de reciprocidade com todas as demais, e no máximo apresentam uma interação moderada com algumas Comissões do mesmo distrito e com o Núcleo Gestor. Quanto ao aspecto participação, percebeu-se uma baixa adesão dos funcionários, que segundo respostas dos próprios entrevistados, os trabalhadores da Secretaria Municipal de Saúde “ainda não compraram a ideia”, ou seja, estão descrentes quanto a viabilidade do projeto e seu sucesso tendo em vista o tempo de dois anos desde sua implantação e poucas ações efetivadas.

Tal descrença compromete sua participação desde ações de prevenção até o registro das Comunicação de Acidente em Serviço (CAS), que segundo os membros, não facilita o atendimento dos trabalhadores do SUS quando há acidentes de trabalho, pois ainda não existe uma rede referenciada para o atendimento específico desse público. O trabalhador acidentado utiliza as mesmas instituições de qualquer outro usuário do SUS, inclusive os mesmos prazos na marcação de consultas e exames.

A Rede de Protocolo Único não estava operante à época da coleta dos dados (2018), e isso também condicionava o baixo registro das CAS, que por sua vez reflete nas estatísticas, configurando um baixo índice de acidentes de trabalho entre os servidores da saúde municipal.

O item mais avaliado positivamente entre os entrevistados foi a autonomia, onde todos foram unânimes em informar que não sofrem nenhuma intervenção por parte do Núcleo Gestor em suas ações e deliberações. Porém, este item merece uma ponderação sobre como se dá essa autonomia, pois o próprio Núcleo informou que desconhece parte das ações implementadas pelas Comissões e se elas estão cumprindo o que está determinado no Projeto. A realização e divulgação das ações das Comissões são feitas informalmente, ou seja, não há um protocolo ou critérios pré-definidos quanto a realização e publicação destas ações, cabendo às Comissões o planejamento e a execução de todas as ações de prevenção e a decisão de publicizar ou comunicar suas ações ao Núcleo Gestor.

Ao mesmo tempo, sobre a óptica da autogestão, o Núcleo fica desobrigado de exigir das Comissões a divulgação destas ações. Isso compromete a funcionalidade e missão do Núcleo Gestor, pois sem dados para analisar e trabalhar em uma tentativa de orientar, acompanhar e corrigir possíveis fragilidades destas Comissões aumentando sua interação, o que se percebe é um distanciamento entre as Comissões e uma disparidade, tanto em seus resultados relacionados ao Projeto, quanto na adesão dos trabalhadores onde estas atuam. Prova disso são as Comissões do Hospital Municipal (Distrito Leste), Distrito Sanitário Sul, Centro Clínico de Zoonoses de Nova Descoberta (Distrito Sul) e o Distrito Sanitário Norte II, que são considerados pelo próprio Núcleo Gestor como as Comissões mais atuantes, tendo em vista a publicização e transparência nas ações, dispondo do mesmo nível de autonomia que as demais.

O baixo nível de integração constatado entre as Comissões (ainda que autônomas) e o Núcleo Gestor enfraquece os elos entre as partes, dificultando um alinhamento de esforços voltados para objetivos comuns ao Projeto. Ademais, o grande espaço de discricionariedade previsto pela política, que permite atuações adaptadas aos contextos das Comissões, dificulta o monitoramento das ações por parte do Núcleo Gestor e a construção de unidade na execução da política pública.

Ainda que se trate de uma política implementada em um contexto de ausência de conflitos e regras claras, caracterizando uma “implementação administrativa”, fica evidente a importância das interações sociais para os resultados da política pública. De fato, alguns dos principais problemas identificados na implementação do projeto dizem respeito a questões de insuficiência de recursos e falta de estratégia de monitoramento eficaz, como supõe a literatura para casos de baixo conflito e baixa ambiguidade. No entanto, os resultados desta pesquisa demonstraram que a implementação nesses contextos não funciona na lógica de uma máquina, como afirma Matland (1995). Apesar de não ser alvo de disputas políticas e de possuir regras claras, a implementação é fortemente influenciada pelas interações sociais que ocorrem entre os diferentes atores, imersas em distintos contextos profissionais, sociais e territoriais.

Afirmações como as de que os servidores municipais “não compraram a ideia” do projeto - seja por um baixo nível de resultados (ou benefícios) dentro de um período de implementação considerado longo pelos mesmos (aproximadamente dois anos), resultando em uma quebra de expectativas, seja por não acreditarem no método empregado como sendo o mais efetivo para a sua realização - demonstram a importância das interações entre essas pessoas, onde a descrença no Projeto ocorre de maneira “contagiosa” quando parte de atores-chave dentro do processo.

Nesse sentido, pode-se dizer que a política não ganhou significado entre os trabalhadores do SUS, uma vez que, no cotidiano, ao precisarem de atendimento médico-hospitalar em contexto de acidentes de trabalho, os servidores da saúde não são respaldados pelo programa. Considerando a abordagem das instituições habitadas, relações e contextos internos e externos à organização influenciam na produção de significado das instituições, bem como na forma com que a própria burocracia será interpretada e operacionalizada no nível local (HALLETT; VENTRESCA, 2006).

Fica evidente, também, pela análise dos resultados, que as Comissões instaladas em unidades de saúde com melhores condições de funcionamento são mais atuantes devido ao perfil dos profissionais que trabalham nelas, uma vez que todas as Comissões dispõem das mesmas configurações institucionais de atuação no Projeto, mas apresentam resultados diferentes. O fato de que a Comissão mais atuante, do Hospital Municipal, esteja localizada em uma unidade que conta com a atuação de uma CIPA, onde já havia um contexto pré-existente de interações entre os trabalhadores - no sentido de evitar acidentes -, mostra que as relações entre pessoas, organizações e instituições criam cenários distintos na implementação, com diferentes significados e interpretações da mesma política.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Decreto Nº 5.839 de 2006. Dispõe sobre a organização, as atribuições e o processo eleitoral do Conselho Nacional de Saúde - CNS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 11 de julho de 2006.

BRASIL. Lei Nº 8.142 de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 de dezembro de 1990.

BRASIL. Protocolo Nº 008 de 2011. Institui as diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 01 de dezembro de 2011.

BRASIL. Resolução Nº 52 de 1993. Institui a Mesa Nacional de Negociação Permanente e estabelece um fórum permanente de negociação entre empregadores e trabalhadores do Sistema Único de Saúde sobre todos os pontos pertinentes à força de trabalho em saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 de maio de 1993.

BRODKIN, E. Z; MAJMUNDAR, M. Administrative Exclusion: Organizations and the hidden costs of welfare claiming. **Journal of Public Administration Research and Theory**, 2010.

- CAVALCANTE, P. L. C; LOTTA, G. S; OLIVEIRA, V. E. Do insulamento burocrático à governança democrática: as transformações institucionais e a burocracia no Brasil. In: PIRES, R; LOTTA; G. S; OLIVEIRA, V. E. In: **Burocracia e políticas públicas no Brasil: interseções analíticas**. Brasília: Ipea: Enap, 2018. p 59-83.
- COSTA, F. L; CASTANHAR, J. C. Avaliação de programas públicos: desafios conceituais e metodológicos. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 5, p. 962-969, set./out. 2003.
- GOULDNER, A.W. **Patterns of industrial bureaucracy**. Glencoe, IL: Free Press, 1954.
- HALLETT, T.; VENTRESCA, M. J. Inhabited institutions: Social interactions and organizational forms in Gouldner's Patterns of Industrial Bureaucracy. **Theory and Society**, p.213-236, 2006.
- LOTTA, Gabriela; FAVARETO, Arilson. Desafios da integração nos novos arranjos institucionais de políticas públicas no Brasil. **Revista de Sociologia e Política**, v. 24, n. 57, p. 49-65, 2016.
- MATLAND, R. E. Synthesizing the Implementation Literature: The Ambiguity-Conflict Model of Policy Implementation. **Journal of Public Administration Research and Theory**, v. 5, n. 2, p. 145-174, 1995.
- NATAL. Portaria Nº 053 de 2014. Institui as diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial do Município**, Natal, RN, 21 de março de 2014.
- NATAL. Portaria Nº 231 de 2016. Cria as Comissões de Saúde do Trabalhador do Sistema Único de Saúde - SUS no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde, e estabelece as suas diretrizes de funcionamento. **Diário Oficial do Município**, Natal, RN, 01 de julho de 2016.
- RAMOS, M. P.; SCHABBACH, L. M. O estado da arte da avaliação de políticas públicas: conceituação e exemplos de avaliação no Brasil. **Revista de Administração Pública**, v. 46, n. 5, p. 1271-1294, 2012.
- SCULLY, M.; CREED, D. Stealth legitimacy: employee activism and corporate response during the diffusion of domestic partner benefits. **Academy of Management Meetings**, Boston, 1997.
- THIEL, S. V. **Research Methods in Public Administration and Public Management: An Introduction**. Routledge, 2014.