

SÉRIE | Interloquções Práticas,
Experiências e
Pesquisas em Saúde

Gestão do trabalho em saúde:

experiências na atenção,
gestão, participação
e educação

Organizadores:

Lisiane Bôer Possa
Alcindo Antônio Ferla
Quelen Tanize Alves da Silva
Renata Flores Trepte
Cristiane Scolari Gosch



SÉRIE | Interloquções Práticas,
Experiências e
Pesquisas em Saúde

Gestão do trabalho em saúde:

experiências na atenção,
gestão, participação
e educação

Organizadores:

Lisiane Bôer Possa
Alcindo Antônio Ferla
Quelen Tanize Alves da Silva
Renata Flores Trepte
Cristiane Scolari Gosch



1ª Edição
Editora Rede Unida

Porto Alegre, Brasil
Outubro de 2022

Coordenador Nacional da Rede UNIDA

Alcindo Antônio Ferla

Coordenação Editorial

Editor-Chefe: Alcindo Antônio Ferla

Editores Associados:

Ricardo Burg Ceccim, Márcia Fernanda Mello Mendes, Júlio César Schweickardt, Sônia Lemos, Fabiana Mânica Martins, Denise Bueno, Maria das Graças Alves Pereira, Frederico Viana Machado, Márcio Mariath Belloc, Karol Veiga Cabral, Daniela Dallegrove.

Conselho Editorial

Adriane Pires Batiston • Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil
Alcindo Antônio Ferla • Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil
Ángel Martínez-Hernández • Universitat Rovira i Virgili, Espanha
Angelo Stefanini • Università di Bologna, Itália
Ardigó Martino • Università di Bologna, Itália
Berta Paz Lorigo • Universitat de les Illes Balears, Espanha
Celia Beatriz Iriart • University of New Mexico, Estados Unidos da América
Denise Bueno • Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil
Emerson Elias Merhy • Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil
Érica Rosalba Mallmann Duarte • Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil
Francisca Valda Silva de Oliveira • Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil
Hêider Aurélio Pinto • Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Brasil
Izabella Barison Matos • Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil
João Henrique Lara do Amaral • Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil
Júlio Cesar Schweickardt • Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil
Laura Camargo Macruz Feuerwerker • Universidade de São Paulo, Brasil
Leonardo Federico • Universidad Nacional de Lanús, Argentina
Lisiane Bôer Possa • Universidade Federal de Santa Maria, Brasil
Liliana Santos • Universidade Federal da Bahia, Brasil
Luciano Bezerra Gomes • Universidade Federal da Paraíba, Brasil
Mara Lisiane dos Santos • Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil
Márcia Regina Cardoso Torres • Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil
Marco Akerman • Universidade de São Paulo, Brasil
Maria Augusta Nicoli • Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale dell'Emilia-Romagna, Itália
Maria das Graças Alves Pereira • Instituto Federal do Acre, Brasil
Maria Luiza Jaeger • Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil
Maria Rocineide Ferreira da Silva • Universidade Estadual do Ceará, Brasil
Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira • Universidade Federal do Pará, Brasil
Quelen Tanize Alves da Silva • Grupo Hospitalar Conceição, Brasil
Ricardo Burg Ceccim • Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil
Rodrigo Tobias de Sousa Lima • Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil
Rossana Staevie Baduy • Universidade Estadual de Londrina, Brasil
Sara Donetto • King's College London, Inglaterra
Sueli Terezinha Goi Barrios • Associação Rede Unida, Brasil
Túlio Batista Franco • Universidade Federal Fluminense, Brasil
Vanderléia Laodete Pulga • Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil
Vera Lucia Kodjaoglanian • Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde/LAIS/UFRN, Brasil
Vera Maria da Rocha • Associação Rede Unida, Brasil
Vincenza Pellegrini • Università di Parma, Itália

Comissão Executiva Editorial

Alana Santos de Souza, Jaqueline Miotto Guarnieri,
Márcia Regina Cardoso Torres, Renata Riffel Bitencourt

Projeto Gráfico, Capa e Diagramação

Renato Pereira Jr.

Revisão

Alcindo Antônio Ferla, Cristiane Scolari Gosch, Isabela Barizon Mattos,
Lisiane Bôer Possa, Luiza Maria Plentz, Renata Flores Trepte,
Virgínea de Menezes Portes

Esta publicação foi feita em parceria com a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), que financiou diversas iniciativas de dimensionamento da força de trabalho e a produção e disseminação de conhecimentos para o fortalecimento do campo de saberes e práticas da gestão do trabalho na saúde.



FICHA CATALOGRÁFICA

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

G393

Gestão do Trabalho em Saúde: experiências na atenção, gestão, participação e educação / Organizadoras: Lisiane Bôer Possa, Alcindo Antônio Ferla, Quelen Tanize Alves da Silva, Renata Flores Trept, Cristiane Scolari Gosch – 1. ed. -- Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2022.

88p. (Série Interloquções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde, v. 35).

Inclui bibliografia.

ISBN 978-65-5462-022-2

DOI 10.18310/9786554620222

1. Gestão de Recursos Humanos. 2. Gestão da Qualidade Total. 3. Acesso Universal aos Serviços de Saúde.
I. Título. II. Assunto. III. Organizadores.

NLM WA 540
CDU 364-787.9

Ficha catalográfica elaborada por Alana Santos de Souza – Bibliotecária – CRB 10/2738

GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE: EXPERIÊNCIAS NA ATENÇÃO, GESTÃO, PARTICIPAÇÃO E EDUCAÇÃO



Atribuição - Uso Não Comercial - Não a Obras Derivadas
Attribution Non-commercial No Derivatives (BY-ND-NC)

Material produzido para fins exclusivamente educacionais,
sendo proibida a compra e a venda em qualquer circunstância.



SUMÁRIO

PREFÁCIO

Mônica Padilla

8

CAPÍTULO 1

OS QUEFAZERES PRODUZINDO TRANSFORMAÇÕES DE SI E DO MUNDO 10

Lisiane Bôer Possa, Quelen Tanize Alves da Silva, Renata Flores Trepte,
Cristiane Scolari Gosch, Alcindo Antônio Ferla

CAPÍTULO 2

CAMINHOS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DE METODOLOGIA DE DIMENSIONAMENTO DA FORÇA DE TRABALHO EM SERVIÇO ESTADUAL DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA 14

Lisiane Bôer Possa, Cristiane Scolari Gosch, Erotildes Antunes Xavier,
Hájussa Fernandes Garcia, Caroline Biserra Costa da Luz, Patrícia Alves Carneiro,
Luiza Maria Plentz, Stela Nazareth Meneghel

CAPÍTULO 3

ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE NO PROGRAMA MAIS MÉDICOS - CONSTRUINDO ENREDOS ENTRE O PROVIMENTO EMERGENCIAL E FORMAÇÃO, NO ESTADO DE SÃO PAULO 34

Mariana Fonseca Paes

CAPÍTULO 4

ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: O PLANEJAMENTO EM EQUIPE E A FORMAÇÃO EM SAÚDE COMO COMPONENTES FUNDAMENTAIS PARA A GESTÃO

43

Daniela Savi Geremia, Ianka Cristina Celuppi, Jéssica Ferreira, Eleine Maestri

CAPÍTULO 5

TRABALHO COM GRUPOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: TENSIONAMENTOS ANCORADOS NA COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL

52

Osmar Arruda da Ponte Neto, Viviane Oliveira Mendes Cavalcante, Neires Alves de Freitas,
Maria Adelane Monteiro da Silva, Quiteria Larissa Teodoro Farias

CAPÍTULO 6

A ATUAÇÃO NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA COMO AMBIENTE PARA COMPREENSÃO E CONSTRUÇÃO COLETIVA DO SUS: RELATO DE EXPERIÊNCIA

62

Juliana Martins Holstein, Antonio Adolfo Mattos de Castro

CAPÍTULO 7

A GESTÃO E NEGOCIAÇÃO COLETIVA DO TRABALHO EM SAÚDE: UMA AGENDA DE PESQUISA SOBRE O SISTEMA NACIONAL DE NEGOCIAÇÃO PERMANENTE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

68

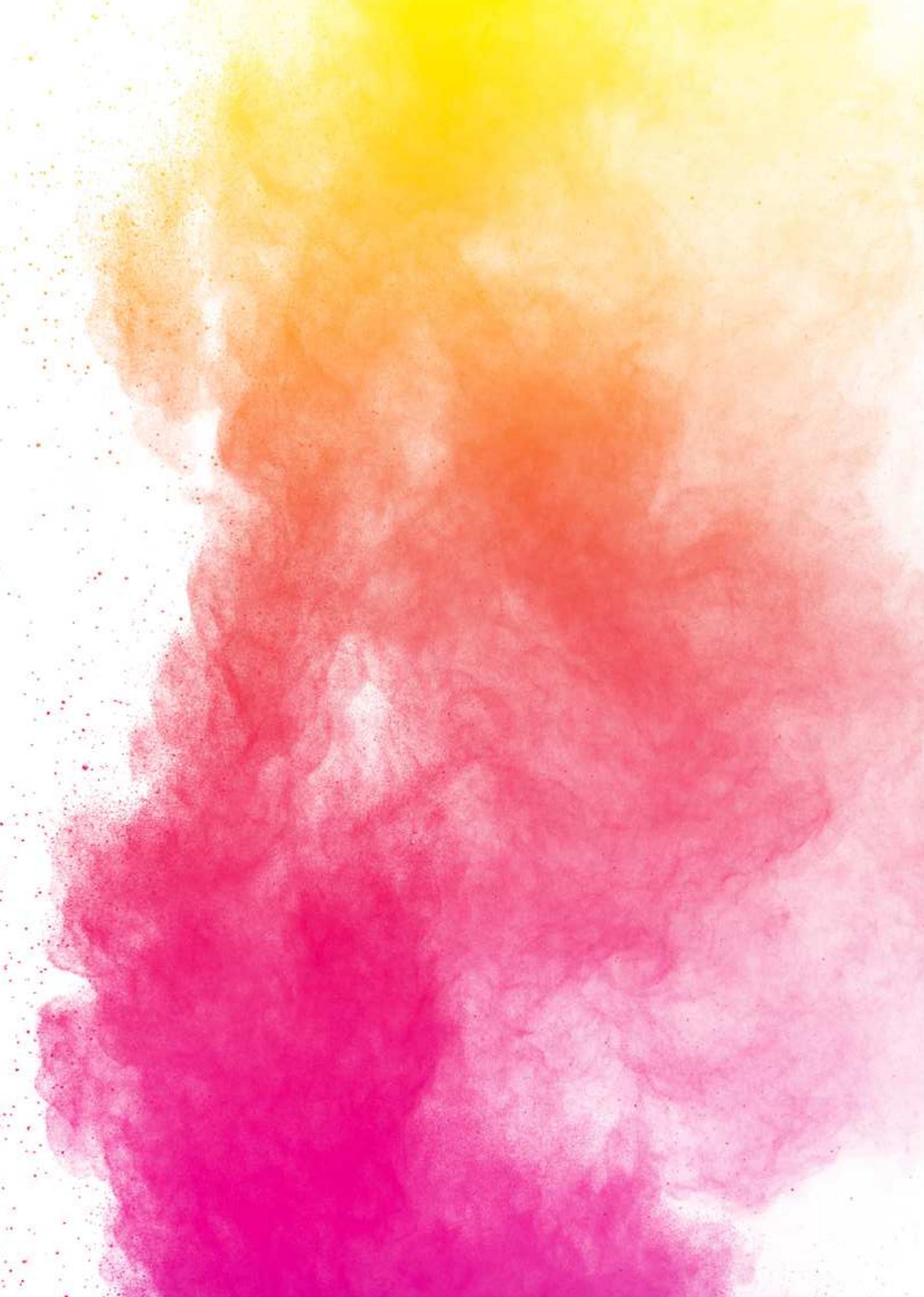
Alcindo Antônio Ferla, Frederico Viana Machado, Lisiane Bôer Possa,
Quelen Tanize Alves da Silva

ÍNDICE REMISSIVO

83

SOBRE OS AUTORES E AUTORAS

86





PREFÁCIO

Mònica Padilla

Coordenadora da Unidade Técnica de

Capacidades Humanas para a Saúde /

OPAS / OMS Brasil

Este livro é resultado de uma parceria entre OPAS, a Secretaria Estadual de Saúde do Tocantins e a Associação Brasileira da Rede Unida, desenvolvida em 2017, com a qual tive o prazer de colaborar estando a frente da Unidade Técnica de Capacidades Humanas em Saúde da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas/OMS) no Brasil.

O tema dos Recursos Humanos é central para a sustentabilidade de sistemas universais de saúde. No início deste século a OPAS estabeleceu cinco prioridades para o desenvolvimento das capacidades humanas nas Américas: ter políticas e planos de recursos humanos; as pessoas adequadas nos locais adequados; trabalho decente; migração de trabalhadores e; a educação em saúde. Estes foram eixos que orientaram a atuação política da organização na gestão do trabalho e da educação nas Américas.

Nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, proposto pela ONU para 2030, ousou-se propor como meta a cobertura universal de saúde, para a região das Américas além da cobertura o acesso a saúde universal sem barreiras é um compromisso que deve guiar os países sem descanso nem pausa. Para construção de sistemas universais, que assegurem o direito saúde, a Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) apontou um conjunto de desafios relativos aos Recursos Humanos. É necessário, entre outras ações, fortalecer a gestão do trabalho, enfrentar a precarização, reconhecer as realidades culturais e sociais locais, identificar as necessidades de trabalhadores e ampliar as alternativas inovadoras da organização do trabalho e da educação que priorizem as práticas colaborativas, a educação interprofissional, a atenção básica à saúde e o cuidado nos territórios (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2017).

Ampliar as capacidades locais para que sejam construídos, em cada contexto, políticas processos, estratégias e ferramentas que tornem possível as transformações na organização do trabalho é uma necessidade chave e que consolida a Gestão do Trabalho em Saúde. Apesar da produção de consensos sobre a centralidade do trabalho em saúde nas Américas há muito a ser feito para viabilizar o trabalho decente, conquistar o direito à saúde e responder as necessidades em saúde dos indivíduos e coletividades. Estes são desafios que só podem ser enfrentados com a participação ativa dos trabalhadores e trabalhadoras de saúde em cada local que a gestão, a educação e a atenção em saúde acontece. É no cotidiano do trabalho que dimensionar, planeja, prover, negociar, aprender e ensinar o trabalho em saúde se concretiza. É necessário mencionar o caráter intersetorial da dimensão do trabalho, o que exige desde a saúde uma concertação permanente como os atores do trabalho, finanças e educação para garantir ações estruturantes e sustentáveis.

As iniciativas apresentadas neste livro convergem com estas proposições. Tem a particularidade de apresentar relatos e estudos que tematizam as práticas, ou seja, estão par e passo sendo produzidos como experiência



e como reflexão sobre as mesmas. É desde esta perspectiva tem a potencialidade tanto de evidenciar que há transformações em curso no cotidiano dos sistemas de saúde quanto tornar-se inspiração para outras realidades. Como afirma Larossa, temos que superar “Uma enorme inflação de conhecimentos objetivos, uma enorme abundância de artefatos técnicos e uma enorme pobreza dessas formas de conhecimento [da experiência] que atuavam na vida humana, nela inserindo-se e transformando-a” (2002, p.19). O que veremos nesse livro são experiências singulares produzidas na pluralidade, na heterogeneidade e na diferença e para as quais sempre “há algo como a primeira vez” (Larossa Bondía, 2002, p.19).

Convidamos vocês a ler atentamente estas vivências, a extrair delas seus próprios aprendizados utilizando sua experiência e saberes e a desfrutar desta produção coletiva.

Referências:

LARROSA BONDÍA, J. Notas sobre a experiência e o saber de experiência*. **Revista Brasileira de Educação** [online], v. 19, p. 20–28, abr. 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Recursos humanos para la salud y aplicación de los resultados de la Comisión de Alto Nivel sobre el Empleo en el Ámbito de la Salud y el Crecimiento Económico de las Naciones Unidas 70ª Asamblea Mundial da Saúde**. Genebra, Suíça: 2017 [s.n.].





CAPÍTULO 1

OS QUEFAZERES PRODUZINDO TRANSFORMAÇÕES DE SI E DO MUNDO.

Lisiane Bôer Possa

Quelen Tanize Alves da Silva

Renata Flores Trepte

Cristiane Scolari Gosch

Alcindo Antônio Ferla

No trabalho em saúde os quefazeres, ou seja, o que tem que ser feito, uma vez que sejam mobilizados pelos desejos, implicações éticas e políticas com a vida de todos, são potentes para desencadear criatividade, inovações e reflexões. Dimensionar, prover, planejar, gestionar e formar para o trabalho são objetos dos quefazeres da gestão do trabalho e da educação em saúde. No entanto, nesta área há exercícios de ordenamento, autoridade, regras e limitações para a ação que reveste o trabalho da dureza e lhe faz morto. É na experimentação, nos encontros, tendo como imperativo às práticas centradas nas pessoas, que “o que tem que ser feito” para produzir a gestão do trabalho e educação se desdobra em múltiplas possibilidades e em cuidado dos trabalhadores e dos usuários do SUS

No mundo do trabalho existem múltiplos encontros, a produção acontece na intersecção entre os trabalhadores, gestores e usuários. As normativas organizam as relações e conformam disputas, não apenas sobre a forma de construir socialmente o que é um problema de saúde mas também quem, o quê e à quem se faz (FEUERWERKER, 2014). Como afirmam Ceccim e Ferla (2008), o trabalho se constitui nas experiências vividas, como um fazer e estar ético, estético e político em construção no cotidiano. O livro “Gestão do Trabalho em Saúde: experiências na atenção, gestão, participação e educação” nos apresenta várias dessas experimentações, anuncia quefazeres que provocaram em seus desenvolvimentos reflexões, afecções, mobilizaram desejos, produzem mudanças de mundo, das pessoas e do entorno.

O livro apresenta diferentes interfaces, todas elas permeando o mundo de trabalho na gestão, no ensino e na atenção, tendo como pano de fundo a produção do cuidado à saúde e a organização da gestão do trabalho e da educação que são entrelaçados com processos que constituem sujeitos e subjetivações na construção do Sistema Único de Saúde (SUS), tal como está emoldurado em nossa Constituição Federal, fruto de lutas e conquistas de muitas e muitos por uma atenção à saúde integral, universal e com equidade.

O Primeiro capítulo “Caminhos para a implementação de metodologia de dimensionamento da Força de Trabalho em Serviço de Vigilância Epidemiológica” nos apresenta a experiência do projeto “Fortalecimento da Gestão do Trabalho na Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins: construindo metodologias de planejamento da força de trabalho em saúde”, parte de uma parceria firmada entre Associação Brasileira da Rede Unida, Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins (SESAU-TO) que teve o objetivo de realizar uma Formação-Intervenção, como processo de educação permanente, para gestores e técnicos da Secretaria de Saúde do Estado do Tocantins na áreas de Atenção Básica, Vigilância em Saúde e Hospitalar.

Foi um processo construído a partir de uma análise prévia da rede de saúde envolvendo diferentes atores como preceptores, apoiadores e convidados da Rede Unida e por trabalhadores e gestores da Gerência de Doenças Transmissíveis e da Gerência de DST/Aids e Hepatites, que pertencem à Diretoria de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis e Não Transmissíveis (DVEDTNT) da Superintendência de Vigilância, Promoção e Proteção à Saúde da Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins.

Essa experiência foi um movimento de reflexão sobre as atividades realizadas e suas repercussões na atenção e na gestão do sistema de vigilância epidemiológica em especial considerando a sua transversalidade na rede de atenção à saúde; assim como, a sistematização de algumas recomendações para o trabalho da vigilância epidemiológica na SESAU-TO e que podem ser consideradas para a realidade de outros serviços e territórios.

O capítulo “Atenção Básica de Saúde no Programa Mais Médicos – Construindo enredos entre o provimento emergencial e formação, no Estado de São Paulo” apresenta vivências da equipe de referências técnicas do Ministério da Saúde (MS), no período de 2014 a 2015, no Programa Mais Médicos (PMM) no estado de São Paulo com enfoque na relação estabelecida entre o eixo provimento emergencial e o da formação para o SUS através das residências médicas, abordando as principais ações desenvolvidas no âmbito estadual, regional e municipal. As atividades de integração entre esses dois eixos abordados neste relato de experiência apontam, de certa forma, a importância de canais de comunicação e de diálogo periódico, entre instituições, estarem abertos e programados. Nesse sentido, concluiu-se que a presença das Referências Descentralizadas no território (municípios, regiões de saúde) propiciou o registro das necessidades locais o que favoreceu a articulação interinstitucional. O processo desenvolveu-se no eixo do provimento emergencial, com foco na estruturação das Equipe de Atenção Básica nos municípios, e potencializou a “criação de enredos” mais amplos sobre os Programa de Residência Médica Geral de Família e Comunidade no estado.

A experiência relatada foi um processo inicial de apoio aos gestores, estruturado basicamente para identificar as diversidades, transitando pelas singularidades regionais/municipais, acessando diversos contextos estruturais e financeiros dos municípios, os interesses e as ideias dos atores que operam a política local, etc. Todavia percebe-se que a inclusão dessas singularidades locais na estruturação de uma rede formadora, que planeja de forma mais aprofundada o provimento de profissionais, continua sendo um grande desafio na relação entre a gestão do SUS (em seus diversos níveis) e as instituições de ensino formadora de profissionais de saúde.

O terceiro capítulo, intitulado “Organização do Sistema Único de Saúde: o planejamento em equipe e a formação em saúde como componentes fundamentais para gestão” apresenta um debate teórico que subsidia o relato de experiência do projeto de extensão universitária intitulado “Formação em gestão pública no SUS: ênfase no financiamento e planejamento dos serviços de saúde”, institucionalizado na Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) *campus* Chapecó, a partir do edital nº 804/2015. A realização do projeto se deu numa parceria entre a UFFS, a Associação dos Municípios do Oeste Catarinense (AMOSC), as Agências de Desenvolvimento Regional (ADR) de Chapecó, Palmitos e Quilombo e a Comissão de Integração Ensino e Serviço (CIES) da macrorregião Oeste. Teve como objetivo analisar os processos de organização do Sistema Único de Saúde (SUS) sob a ótica do planejamento e da formação profissional enquanto componentes fundamentais da gestão de ações e serviços de saúde.

O relato da experiência extensionista, apresenta uma reflexão teórico-prática sobre o planejamento compartilhado entre as equipes e a gestão dos serviços de saúde como instrumento de organização do SUS. Contribuiu para a formação e o aperfeiçoamento da gestão de trabalho, uma vez que a participação acadêmica nestes encontros possibilitou a inserção direta de discentes e docentes nas práticas de planejar e gerenciar os serviços e o sistema de saúde, possibilitando a compreensão dos diferentes segmentos e atores acerca dos desafios da implementação do SUS, estimulando a formação de profissionais reflexivos e analíticos e estruturando laços entre a universidade e os trabalhadores/gestores do SUS.

O quarto capítulo “Trabalho com grupos na Estratégia de Saúde da Família: tensionamentos ancorados na colaboração interprofissional” nos apresenta a interprofissionalidade como ferramenta potencial para a transformação das práticas profissionais, no sentido de aproximar e empoderar as equipes e os grupos na Estratégia de Saúde da Família (ESF).

O estudo indica a contribuição deste trabalho para a melhoria das relações profissionais, dinâmica dos processos de trabalho, construção de novos afetos e vínculos. Além disso, o uso de novos referenciais para o desenvolvimento de tecnologias relacionais interprofissionais permite também novas possibilidades para o fortalecimento dos grupos de usuários na ESF.

O referencial teórico que orientou a análise do *corpus* de dados integralizado no trabalho de campo foi o conceito de colaboração interprofissional e a Tipologia da Colaboração Interprofissional de D'Amour *et al.* (2008), auxiliando na percepção de fragilidades nas relações e nos processos de trabalho e subsidiando a construção de estratégias para a construção do trabalho colaborativo, harmônico e eficiente.

O capítulo “A atuação na Residência Multiprofissional em Urgência e Emergência como ambiente para compreensão e construção coletiva do SUS: Relato de Experiência” foi baseado na atuação de uma fisioterapeuta residente em urgência e emergência nos campos de Pronto Socorro (PS), Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e Estratégia de Saúde da Família (ESF). Essa atuação esteve inserida no Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde, com ênfase em Urgência e Emergência, oferecido pela Universidade Federal do Pampa (Unipampa) - campus Uruguaiana, Rio Grande do Sul.

A atuação multiprofissional, objeto deste relato, ocorre por meio das práticas em um hospital e dos momentos de construção coletiva, nas quais todas as ênfases do Programa de Residências se reúnem para os estudos teóricos relacionados às vivências no SUS. Assim, verificou-se que foi necessária uma interação intensa com toda a equipe, com objetivo de demonstrar a relevância e a característica de atuação transformadora do programa de Residência Multiprofissional em Saúde.

A garantia dessas ações deu-se por meio de discussão constante sobre o cotidiano do trabalho. Nesse contexto, para além das atividades práticas, cabe destacar que debates relevantes sobre a gestão do trabalho em saúde aconteceram de modo transversal, nos momentos em que os estudantes de todos os programas de residência se reuniam para dialogar sobre os temas pertinentes aos seus campos de prática tendo como referência para a reflexão os princípios do SUS. Nesse espaço os residentes atuavam como protagonistas do processo de trabalho, sendo responsáveis pelo planejamento de atividades com a equipe, atuando no controle e gestão de materiais, realizando capacitações e discussões com a equipe das unidades, identificando e suprindo demandas, de forma a transformar as unidades nas quais atuavam.

A articulação dos campos de prática e a reflexão sobre a organização dos processos de trabalho, que é possibilitada ao profissional residente, é de suma importância, uma vez que proporciona a compreensão da integralidade da atenção à saúde. O profissional egresso de um programa de RMS, que incorpora essa perspectiva na formação, é capaz de atuar na gestão, seja do seu trabalho, dos serviços ou do sistema, contribuindo para a garantia do cuidado digno que seja pautado pelos princípios da integralidade, da equidade e da participação, e que esteja comprometido com o SUS.

Por fim, o último capítulo “A Gestão e Negociação Coletiva do Trabalho em Saúde: uma agenda de pesquisa sobre o Sistema Nacional de Negociação Permanente do Sistema Único de Saúde” nos oferta uma contextualização desse tema, apresentando a delimitação de problemas de pesquisa que articulam conhecimentos da área de ciências sociais e humanas, da saúde coletiva, dos núcleos profissionais e das políticas de saúde, qual seja: as dinâmicas interacionais desenvolvidas nos processos de negociação e o funcionamento desses arranjos participativos.

Investigar as experiências exitosas de organização das mesas de negociação, bem como aquelas que foram interrompidas, toma outra dimensão no contexto do golpe de 2016, a partir do qual o governo federal esvaziava os espaços de participação social culminando com o encerramento da mesa nacional de negociação em 2019, por decreto presidencial. O ensaio propõe uma agenda de pesquisa que, no contexto pós golpe, tem o desafio de produzir conhecimento que contribua para os processos de formulação, de decisão e de implementação dos espaços de negociação coletiva que possibilitem a retomada da democratização das relações de trabalho e da valorização dos trabalhadores no SUS.



O retrocesso nas políticas de gestão do trabalho tanto é resultado da atuação do governo federal a partir de 2016 quanto das estratégias implementadas em resposta à pandemia da Covid-19 no Brasil que resultaram: na ampliação da precarização dos vínculos e das jornadas e da “uberização” tendo como consequência a sobrecarga dos trabalhadores e insegurança no trabalho; na piora nas condições de trabalho com impacto na saúde e bem estar dos trabalhadores; na desvalorização destes com redução das remunerações como resultado do desfinanciamento do SUS.

Produzir conhecimento que contribua para a retomada dos espaços de negociação das condições de trabalho é imprescindível para o reconhecimento e produção de práticas inovadoras de gestão do trabalho em saúde, bem como, para a estruturação de redes de atenção que efetivamente respondam às necessidades de saúde individuais e coletivas. Sem trabalhadores não há saúde, sem a participação dos trabalhadores não há trabalho decente.

Assim, o debate de gestão de trabalho que este livro apresenta, reabre possibilidades, possibilita a construção de uma agenda para nova política de saúde, diferente do momento que atualmente, estamos vivenciado, o qual coloca-se como uma espaço de resistência na manutenção das conquistas realizadas. As experiências desse livro abrem espaços e possibilidades dos novos e inusitados, produtoras de subjetividades conectadas à atenção em saúde que emancipa e que extrapola a dimensão biomédica; traz a micropolítica como espaço de desejos, criatividade e inovações. Espaços que se conectam/entrelaçam em suas vivências, constituindo cola, alicerce para construção de coletivos e outra política de vida.

As produções sistematizadas nos apontam quefazeres como a poesia de Thiago de Mello,

Estatuto do Homem

*“(...)Por decreto irrevogável fica estabelecido
o reinado permanente da justiça e da claridade.
a alegria será uma bandeira generosa
para sempre desfraldada na alma do povo”*

Referências:

Ceccim, R. B.; Ferla A. A. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Trab. Educ. Saúde**, v.6, n.3, p. 443-446, nov.2008/fev.2009.

FEUERWEKER, L. C. M. **Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação**. Rede UNIDA: Porto Alegre, 2014. 174 p.

MELLO, T.. **Estatutos do Homem**. Manaus: Valer, 2011.



CAPÍTULO 2

CAMINHOS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DE METODOLOGIA DE DIMENSIONAMENTO DA FORÇA DE TRABALHO EM SERVIÇO ESTADUAL DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Lisiane Boer Possa

Cristiane Scolari Gosch

Erotildes Antunes Xavier

Hájussa Fernandes Garcia

Caroline Biserra Costa da Luz

Patrícia Alves Carneiro

Luiza Maria Plentz

Stela Nazareth Meneghel

Introdução

Dimensionar força de trabalho em saúde é uma tarefa complexa, em especial devido a diversidade das necessidades por serviços e ações, uma vez que se tenha como objetivo do sistema a universalidade e integralidade da atenção à saúde. Desta forma, uma rede de atenção efetivamente cuidadora precisa ser composta por vários pontos e estes devem responder às necessidades em saúde específicas do território em que se situa. Neste capítulo será apresentada uma experiência de dimensionamento de força de trabalho realizada com e para o serviço de vigilância epidemiológica da Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins (SES/TO).

Os objetivos do trabalho desenvolvido foram: experimentar, no contexto da vigilância epidemiológica estadual, o percurso metodológico de dimensionamento de força de trabalho já produzido para outros serviços de saúde; produzir estratégias, ferramentas e dispositivos para o dimensionamento que respondessem à especificidade desta área e suas necessidades; dimensionar a força de trabalho da área e; formar trabalhadores que possam contribuir para a institucionalização de processos de dimensionamento de força de trabalho na SES/TO.

Tratou-se de um processo de formação-intervenção, realizado no ano de 2018, que oportunizou a sistematização de conteúdos, dispositivos e ferramentas a fim de viabilizar a implementação do percurso metodológico do dimensionamento de força de trabalho específico para a área de vigilância epidemiológica. Para isso foram utilizadas como estratégias: análise documental, entrevistas com trabalhadores e gestores, oficinas, reuniões presenciais e virtuais, produção de indicadores e parâmetros adequados à realidade local, definidos e validados junto de especialista na área e da equipe de trabalho.

A metodologia empregada para a produção deste manuscrito foi o estudo do caso, mais especificamente trata-se do relato da experiência vivenciada na Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins. A produção da síntese do caso estudado utilizou de análise da literatura sobre a temática,

dos documentos existentes na secretaria e produzidos no contextos do projeto intitulado “Fortalecimento da Gestão do Trabalho na Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins: construindo metodologias de planejamento da força de trabalho em saúde” e do relato das experiências dos atores que estiveram implicados com o desenvolvimento da formação-intervenção.

A seguir será apresentada a contextualização do planejamento e dimensionamento de força de trabalho no SUS e da área da vigilância epidemiológica, uma vez que são os objetos descritos e analisados neste manuscrito. Posteriormente será apresentada a descrição e os resultados obtidos na formação-intervenção, em especial a sistematização do percurso metodológico de dimensionamento que foi construído a partir desta experimentação.

Contextualizando o planejamento e dimensionamento da força de trabalho em saúde

Distorções acerca da relação entre a oferta de “recursos humanos”, as demandas em saúde e a possibilidade de expansão dos serviços públicos, começaram a ser apontadas no contexto brasileiro na década de 70. Tendo em vista a premência de ajustar a formação de recursos humanos para a saúde às necessidades do recém criado Sistema Nacional de Saúde, em 1976, foi lançado o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal da Saúde (PPREPS), fruto da cooperação técnica entre a Opas e o governo brasileiro em recursos humanos para a saúde (PIRES-ALVES *et al.*, 2010; OPAS, 1976).

Durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde, no ano de 1986, deliberou-se sobre a ampliação da abrangência da política de recursos humanos, para que a mesma incluísse aspectos da gestão e da formação e qualificação dos profissionais, a fim de corresponder ao novo modelo de atenção que se pretendia implantar através da constituição do SUS. Este tema foi novamente debatido durante a 1ª Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde, aprofundando os temas relacionados à: distribuição geográfica da força de trabalho; desigualdades relacionadas à inserção no mercado de trabalho, composição das equipes; valorização profissional e formação de recursos humanos (SAYD; JUNIOR; VELANDIA, 1998).

O encadeamento de reformas administrativas, processos de terceirização, privatização e desregulação, e redefinições do papel do Estado no âmbito da prestação de serviços, na década de 1990, resultou no êxodo de pessoal dos quadros do serviço público, no aumento do desemprego e na precarização do trabalho. Porém, com o aumento da população e da demanda por serviços públicos de qualidade, em especial nas áreas da saúde, educação, previdência e infraestrutura, somados à falta de mecanismos de provimento e planejamento da força de trabalho, na década de 2000, cresceu a realização de concursos, mas também o número de contratos de mão de obra terceirizada, o que contribuiu para a diversificação dos vínculos. (BRASIL, 2006; NORONHA; SOARES, 2001; VARELLA; PIERANTONI, 2008).

Na saúde, o impacto deste contexto de precarização dos vínculos de trabalho e a desconexão entre o trabalho e a educação em saúde incentivaram a aprovação da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB-RH-SUS) (BRASIL, 2001; BRASIL, 2004; BRASIL, 2007), resultando na aprovação da Política Nacional de Gestão do Trabalho e de Educação na Saúde, pelo Conselho Nacional de Saúde, em 2003.

A partir da sistematização e formalização das deliberações relacionadas ao tema dos recursos humanos em saúde, apresentada pela NOB-RH-SUS, e da atribuição, aos gestores das três esferas, da responsabilidade pela instituição de Mesa Permanente de Negociação, ampliou-se o debate acerca da despreciação do trabalho no SUS. Outrossim, a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES), em 2003, ligada ao Ministério da Saúde e designada à formulação de políticas orientadoras da gestão, regulação, formação e qualificação dos trabalhadores da saúde, refletiu nos níveis estaduais e municipais de gestão do sistema, levando à revisão das estruturas responsáveis por este tema, o que colaborou com a sua descentralização e disseminação (BRASIL, 2001; BRASIL, 2012).

No mesmo ano em que ocorreu a 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, foi lançado o Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS (ProgeSUS), em 2006. A Conferência teve como tema central “Trabalhadores da saúde e a saúde de todos os brasileiros: práticas de trabalho, de gestão, de formação e de participação” contribuiu com a produção e divulgação de textos de apoio que incluíam dados sobre essa política. O programa surge com o objetivo de desenvolver ações conjuntas entre os entes federados visando o fortalecimento e a modernização das estruturas de gestão do trabalho e da educação no SUS (CARVALHO; SANTOS; CAMPOS, 2013; BRASIL, 2012).

Apesar da manutenção desta pauta na agenda dos gestores, debates mais aprofundados sobre a gestão e o planejamento da força de trabalho, tanto no âmbito das instituições, quanto na produção de literatura sobre o tema ainda mostram-se incipientes. Dessa forma, consideramos de grande importância dar visibilidade às experiências e aos estudos que analisem, reflitam e abranjam o tema a partir das necessidades em saúde dos usuários e do cotidiano de trabalho dos serviços, olhando também para os contextos das redes de atenção à saúde e dos territórios.

A partir de concepções, tradicionalmente atribuídas ao planejamento da força de trabalho em saúde, com enfoques racionalista e normativo, este campo estaria subordinado a premissas que tanto concebem os trabalhadores como insumos quanto os recursos tecnológicos ou financeiros e as universidades como ‘fábricas de mão de obra qualificada’. Ao invés de considerar a realidade como ela é, com seus conflitos e jogos de interesses, essa corrente do planejamento indica como a realidade “deveria ser”, numa tentativa de normatizá-la (ROVERE, 2006; POSSA et. al, 2020).

Dimensionar a necessidade de trabalhadores, a partir das realidades locais, apresenta-se como uma potente ferramenta para analisar, identificar e qualificar a força de trabalho necessária para garantir o cuidado e a assistência aos usuários do Sistema Único de Saúde. O dimensionamento oferece subsídios ao planejamento da força de trabalho em saúde, contribuindo estrategicamente com a distribuição e movimentação, déficits e superávits, e, conseqüentemente, com a qualificação do processo de tomada de decisão na área (POSSA; RAMOS, 2016).

A demanda por definição de vagas, cargos e funções, necessária para o planejamento orçamentário e de força de trabalho em saúde, tem sido respondida por meio de ofertas de consultorias que apresentam como produto o dimensionamento de pessoas para os serviços. Estes dimensionamentos produzidos a partir de metodologias, indicadores e parâmetros externos à realidade das organizações têm se mostrado pouco eficientes para responder pela complexidade que é a definição quantitativa e qualitativa de trabalhadores em cada serviço concreto. Desta forma, acredita-se na potência de formação, dos gestores e trabalhadores do sistema e dos serviços diretamente implicados com essa tarefa, para utilização e desenvolvimento de metodologias e ferramentas de planejamento e dimensionamento de força de trabalho em cada contexto especificamente.

A Vigilância Epidemiológica no âmbito da gestão estadual: conceitos históricos e desafios da nova política

Os conceitos de vigilância epidemiológica estão relacionados às definições de epidemiologia e ambas se estruturaram e foram influenciadas pelos modelos sanitários presentes nos diferentes momentos históricos. A primeira proposta de um sistema de vigilância epidemiológica surge nos Estados Unidos, em 1955, elaborada pelo Centro de Controle de Doenças (CDC), caracterizando-se como um sistema de informação baseado na coleta sistemática, análise e interpretação de dados sobre uma doença específica, e distribuição da informação aos notificantes, atividade que ganhou o slogan “informação para ação” (MENEGHEL, 2015).

Os primeiros conceitos de vigilância apontam para o acompanhamento das doenças transmissíveis, tratando-se, conforme Raska (1964), de um processo dinâmico que abarcava a ecologia do agente, o hospedeiro, os reservatórios e vetores, assim como os mecanismos que intervêm na propagação da infecção.



No ano de 1968, ocorreu um marco para a vigilância com a adoção do conceito de vigilância populacional, durante a 21ª Assembleia Mundial da Saúde da OMS, definida como a coleta sistemática e o uso de informação epidemiológica para o planejamento, implementação e avaliação do controle de doenças. A partir da Assembleia definiu-se três principais aspectos da vigilância: a coleta sistemática de dados; a consolidação e a avaliação ordenada desses dados e, a rápida disseminação dos resultados para os atores responsáveis pela tomada de decisão (FRANCO NETTO et. al, 2017).

O conceito foi utilizado no Brasil, inicialmente em programas do Ministério da Saúde para o controle de doenças transmissíveis, a exemplo da Campanha de Erradicação da Varíola que motivou a aplicação dos princípios de vigilância epidemiológica a outras doenças evitáveis por imunização. Experiências como esta influenciaram a proposição, em 1969, de implantação de sistema de notificação semanal de doenças. Em 1975, em meio a década que iniciou com intensa urbanização e aumento da expectativa de vida, a V Conferência Nacional de Saúde propôs a criação de um sistema de Vigilância Epidemiológica. A recomendação foi operacionalizada com a estruturação do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE), o qual instituiu a notificação compulsória de casos e/ou óbitos de quatorze doenças em todo o território nacional e representou o princípio da organização e atribuição de responsabilidades aos diferentes entes da federação em relação às ações de Vigilância em Saúde (BRASIL, 1975).

Ainda na década de 1970, houve uma proposta de que os sistemas de vigilância acompanhassem os programas de extensão de cobertura, desenvolvidos em algumas regiões brasileiras, porém, mesmo havendo recomendações de incorporação da vigilância a nível local, as atividades se restringiam na maioria das vezes, à notificação de doenças e vacinação. Ainda em meados dos anos de 1980 discutia-se a necessidade de descentralização e de maior articulação dos serviços de Vigilância Sanitária das três esferas de Governo (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DO CONSUMIDOR, 1986; FRANCO NETTO et. al 2017). Apenas com a Constituição de 1988, em que a saúde é assumida como dever do estado e direito de cidadania, fica definida a responsabilidade do Estado brasileiro em relação à prevenção e controle dos agravos à saúde e se começa a pensar em um modelo de atenção à saúde pautado na vigilância da saúde.

A criação do SUS corroborou com a ampliação do conceito de vigilância epidemiológica e o redirecionamento de suas ações para o nível local, passando a considerar que a finalidade da área seria a de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle de agravos e doenças através de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou a prevenção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, além de fortalecer os sistemas de vigilância para enfrentar os problemas de saúde próprios de suas respectivas áreas de abrangência (BRASIL, 1990; BRASIL, 2009).

A Portaria Nº 1.399 de 1999 regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, estados e municípios, na área de epidemiologia e controle de doenças. Segundo a Portaria compete ao Ministério da Saúde, por intermédio da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), a gestão do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde no âmbito nacional. Ainda, segundo a Portaria cabe aos estados a gestão do componente estadual deste Sistema. Além disso, é responsabilidade dos Estados a gestão dos sistemas de informação epidemiológica, no âmbito estadual, incluindo a consolidação dos dados provenientes de unidades notificantes e dos municípios, por meio de processamento eletrônico, do Sistema Nacional de Mortalidade (SIM), Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN) e do Sistema Nacional de Nascidos Vivos (SINASC); o envio dos dados ao nível federal; a análise dos dados; a divulgação de informações e análises epidemiológicas e, a execução das atividades de informação, educação e comunicação de abrangência estadual (BRASIL, 1999a).

Cabe destacar que, com a criação do SUS, outros arranjos institucionais ligados à vigilância em saúde foram criados, como a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) (BRASIL, 1999b) e, posteriormente, em 2003, a criação da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), do Ministério da Saúde, intensificando o processo normativo de descentralização das ações de vigilância. As atividades que até então eram desempenhadas pelo extinto Centro Nacional de Epidemiologia, ligado a Funasa, passam a ser executadas pela SVS, incluindo as seguintes ações: Programa Nacional de Imunizações, controle de zoonoses, vigilância das doenças emergentes, combate à hanseníase, tuberculose, DST e Aids, hepatites virais, doenças transmitidas por vetores, entre outras (BRASIL, 2003).

A partir do ano de 2009, o papel gestor de estados e municípios é fortalecido, definindo cada um de seus componentes, bem como a execução e financiamento das ações de vigilância da saúde (BRASIL, 2009). Em 2013 são regulamentadas as responsabilidades de cada ente e se amplia o escopo das ações da Vigilância em Saúde. Conforme a Portaria 1.378, publicada neste ano, compete às Secretarias Estaduais de Saúde a coordenação do componente estadual dos Sistemas Nacionais de Vigilância em Saúde e de Vigilância Sanitária, no âmbito de seus limites territoriais e de acordo com as políticas, diretrizes e prioridades estabelecidas, compreendendo as ações de vigilância, prevenção e controle das doenças transmissíveis, passando a abranger também a vigilância e prevenção das doenças e agravos não transmissíveis e dos seus fatores de risco, a vigilância de populações expostas a riscos ambientais em saúde, gestão de sistemas de informação de vigilância de âmbito estadual que possibilitam análises de situação de saúde, as ações de vigilância da saúde do trabalhador, ações de promoção em saúde e o controle dos riscos inerentes aos produtos e serviços de interesse à saúde (BRASIL, 2013).

A organização e a ação da Vigilância em Saúde, nos territórios, assumindo a prática de “informação para a ação”, além de dependerem da garantia de estruturas, recursos humanos e orçamentários adequados, apresentam o desafio de superar a sua concepção enquanto somatório das vigilâncias epidemiológica, sanitária, ambiental e do trabalhador, admitindo uma integração radicalizada, que abranja tanto as instâncias internas de vigilância, como as redes de atenção à saúde, configurada com a participação social e pelas características locais dos territórios. Dessa forma, exige um sistema de governança que articule colegiados de gestão participativa e as instâncias dos poderes legislativos e executivos (FRANCO NETTO et. al 2017).

A Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS), instituída em 2018, considera a Vigilância em Saúde como:

[...] o processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise de dados e disseminação de informações sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública, incluindo a regulação, intervenção e atuação em condicionantes e determinantes da saúde, para a proteção e promoção da saúde da população, prevenção e controle de riscos, agravos e doenças (BRASIL, 2018, p. 2).

Conforme o texto final da política, que foi consolidado pela Comissão Intersectorial de Vigilância em Saúde do Conselho Nacional de Saúde, a Vigilância em Saúde deve incidir sobre todos os níveis e formas de atenção à saúde, abrangendo serviços de saúde públicos e privados, envolvendo também a articulação dos saberes, processos e práticas relacionados à vigilância epidemiológica, vigilância em saúde ambiental, vigilância em saúde do trabalhador e vigilância sanitária, alinhada com o conjunto de políticas de saúde no âmbito do SUS, considerando a transversalidade das ações de vigilância em saúde sobre a determinação do processo saúde.

A PNVS tem como princípios: o conhecimento do território incluindo a utilização da epidemiologia e da avaliação de risco para a definição de prioridades nos processos de planejamento, alocação de recursos e orientação programática; a integralidade; a descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo; a inserção da vigilância em saúde no processo de regionalização das ações e serviços de saúde; a equidade e a universalidade. A Política aposta no território como cenário das ações e práticas das vigilâncias, colocando a atenção básica/primária como centro ordenador, e responsabilizando as três esferas de governo (União, estados e municípios) pela definição e organização de mecanismos e fluxos de referência, contrarreferência e de apoio matricial para assegurar o desenvolvimento de ações de vigilância em saúde (BRASIL, 2018).

A vigilância epidemiológica é um componente imprescindível das ações de controle de doenças e agravos e da vigilância e promoção da saúde das pessoas e populações. Suas atividades são executadas em todos os níveis do sistema de saúde, havendo ações específicas no que se refere à União, Estados e municípios. No Brasil, vários sistemas de informação de fluxo contínuo são alimentados e analisados pelos serviços de vigilância e estas informações disponibilizadas aos trabalhadores de saúde, gestores e população, constituindo um esforço monumental da sociedade brasileira para subsidiar a análise da situação de saúde da população. A vigilância



epidemiológica brasileira tem como base os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, cabendo destacar o princípio da descentralização, que estabelece o município como o ente federado responsável pela execução das ações e serviços de saúde para as populações adscritas no território (BRASIL, 2018; FRANCO NETTO *et al.*, 2017)

O planejamento em saúde para o Sistema Único de Saúde brasileiro está ancorado nos territórios das regiões de saúde, o que possibilita a organização da vigilância a partir dos processos de produção e consumo e das dinâmicas sociais, ambientais e culturais da sociedade (FRANCO NETTO *et al.*, 2017). Essa perspectiva permite que os planos, programas, ações práticas sejam definidos e elaborados de acordo com o perfil epidemiológico, as demandas da sociedade e a situação de saúde da população nos territórios e regiões brasileiros.

O percurso metodológico para o dimensionamento da força de trabalho da Vigilância Epidemiológica na Secretaria de Saúde do Estado do Tocantins

O experiência relatada a seguir compõe o projeto “Fortalecimento da Gestão do Trabalho na Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins: construindo metodologias de planejamento da força de trabalho em saúde”, proveniente da carta acordo firmada entre Associação Brasileira da Rede Unida, Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins (SESAU-TO), a qual tem a finalidade de implementação da iniciativa de desenvolvimento de processos de educação permanente, para gestores e técnicos da Secretaria de Saúde do Estado do Tocantins envolvidos no processo de planejamento e dimensionamento de força de trabalho nas áreas de Atenção Básica, Vigilância em Saúde e Hospitalar.

Para alcançar os resultados esperados do projeto a equipe vinculada a Associação Brasileira da Rede Unida elaborou a proposta de “Formação-Intervenção em Metodologia de Planejamento e Dimensionamento da Força de Trabalho em Saúde”. Com certificação em qualificação profissional e carga horária total de 180 horas, a formação ocorreu na modalidade semi-presencial, e as atividades foram desenvolvidas em três grupos de trabalho (GT): GT Hospitalar, GT Atenção Básica e Vigilância Sanitária e GT Vigilância Epidemiológica. As atividades e análises desenvolvidas pelo último GT citado serão o foco deste trabalho.

O grupo foi composto por preceptores, apoiadores e convidados da Rede Unida e por trabalhadores e gestores da Gerência de Doenças Transmissíveis¹ e da Gerência de DST/Aids e Hepatites², as quais pertencem à Diretoria de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis e Não Transmissíveis (DVEDTNT) da Superintendência de Vigilância, Promoção e Proteção à Saúde da Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins. Na sequência apresenta-se o relato da experiência de formação e intervenção realizada.

¹ A Gerência de Doenças Transmissíveis assessora os municípios, monitora a rede de atenção e realiza a vigilância das seguintes doenças e agravos: Hanseníase, Meningites, Tuberculose, Doenças de Veiculação Hídrica e Alimentar (DVHA) - Botulismo, Cólera, Doenças Diarreicas Agudas (DDA), Doenças transmitidas por Alimentos/Água (DTAs), Doença Ocular de Etiologia Desconhecida (DOED), Esquistossomose, Febre Tifóide, Rotavírus e Toxoplasmose (Gestacional, Congênita e Adquirida).

² A Gerência de DST/Aids e Hepatites Virais é responsável por vigiar, assessorar e monitorar toda a rede de atenção à saúde pública, ações voltadas para vigilância epidemiológica em serviços de saúde vinculadas às Infecções sexualmente transmissíveis dos 139 municípios do Estado. A Gerência conta com cinco áreas técnicas divididas em prevenção, assistência, gestão, vigilância e Hepatites Virais, cada uma trabalha individualmente e coletivamente com o intuito de subsidiar e assessorar os municípios no que tange prevenção, diagnóstico, vigilância e manejo clínico das IST/Aids e Hepatites Virais. Assessora técnica e operacionalmente os cinco Serviços de Assistência Especializada (SAE) do Estado localizados em Araguaína (HDT/UFT - EBSEH), Gurupí, Palmas, Paraíso e Porto Nacional, onde são atendidos e acompanhadas as Pessoas Vivendo com HIV/Aids - PVHIV, Infecções Sexualmente Transmissíveis - IST's e Hepatites Virais. A logística de Testes Rápidos diagnóstico de HIV e Triagem para Sífilis e Hepatites B e C, de insumos de prevenção (Preservativos masculinos, feminino e gel lubrificante), dos Antirretrovirais (tratamento contra o HIV), medicamento para tratamento de Infecções Oportunistas (Aids) e Fórmula Infantil (Leite para crianças filhas de mãe HIV + de 0 à 06 meses).

Reconhecimento das Áreas e construção do plano de trabalho

Após execução do período de negociações, planejamento e organização das atividades do projeto, no qual foram definidos os grupos de trabalho e o grupo condutor, o GT Vigilância Epidemiológica, passou a reunir-se com o objetivo inicial de buscar informações, para a compreensão da organização e do funcionamento das Gerências envolvidas. Nesse momento, as gestoras locais apresentaram o organograma da Superintendência, assim como documentos de gestão do setor, além de relataram verbalmente suas principais atividades, relações e processos de trabalho.

Dentre os documentos consultados nesta etapa do trabalho podemos citar: o Plano de Trabalho da DVEDTNT (elaborado pela equipe em 2017); a apresentação da Estrutura Administrativa da Secretaria de Estado da Saúde; Minuta do Regimento Interno da Secretaria da Saúde do Estado do Tocantins; a Lei Orgânica da Saúde (Lei Federal nº 8080/1990); a Portaria nº 1.378, de 09 de julho de 2013; e o Guia de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde de 2017.

Concomitante a isso, o grupo definiu de modo coletivo o escopo do projeto, através de documento que compilou a justificativa para a intervenção, os serviços envolvidos, o período de execução e a composição da equipe de trabalho. O documento serviu como norteador para o grupo, porém foi mantida a possibilidade de modificações e assegurando a flexibilidade do itinerário do trabalho a ser realizado conforme as necessidades do serviço e o contexto local.

As justificativas para a realização desta formação-intervenção compreendem: a ausência de critérios técnicos para a definição de força de trabalho para as unidades e serviços vinculados à Vigilância em Saúde; a busca da atenção efetiva e adequada às necessidades dos serviços no que se refere às ações de prevenção e promoção no âmbito da vigilância das doenças transmissíveis; a adoção de planejamento adequado da força de trabalho, por meio da racionalização na definição de pessoal necessário, sem prejuízo da qualidade, mas orientando a gestão do trabalho para a maximização de ações e resultados; a cooperação técnica com a Secretaria de Estado da Saúde, Secretarias Municipais de Saúde, profissionais e parceiros e, a prestação de um serviço público de qualidade para a população, primando pelos princípios constitucionais.

Definição e negociação coletiva do escopo do serviço

Para dimensionar a força de trabalho, uma das etapas iniciais consiste na definição do escopo do serviço em questão, ou seja, devem ser explicitadas quais as atividades são de responsabilidade da equipe e dos trabalhadores e quais efetivamente são desenvolvidas. Esta tarefa é fundamental para a programação de horas de trabalho adequadas, em especial para a elaboração e pactuação dos indicadores e parâmetros que servirão como base tanto para calcular o quantitativo de horas de trabalho necessários, como para analisar e explicitar fragilidades e potências dos processos de trabalho e as habilidades e competências demandadas pelo serviço.

Cabe destacar que a operacionalização da vigilância epidemiológica compreende um conjunto de atividades específicas e complementares, desenvolvidas de modo contínuo, permitindo conhecer, a cada momento, o comportamento da doença ou agravo selecionado como alvo das ações, para que as medidas de intervenção pertinentes possam ser desencadeadas com oportunidade e eficácia.

Dentre as principais atividades realizadas pelos serviços de vigilância epidemiológica estão: a coleta de dados; o processamento de dados coletados; a análise e interpretação da informação, incluindo a situação de saúde da população; a recomendação e realização de ações de controle; a avaliação da eficácia e efetividade das medidas adotadas, assim como a avaliação do sistema; a divulgação da informação e a educação permanente dos trabalhadores que operam o sistema.



A coleta de dados é realizada por meio da notificação de doenças e agravos sob vigilância, procedente de diversas fontes, que incluem dados referentes à morbidade, mortalidade e resultados de exames laboratoriais, dentre outros. A notificação é a comunicação da ocorrência de determinada doença ou agravo à saúde, feita à autoridade sanitária por profissionais de saúde ou qualquer cidadão, para fins de adoção de medidas de intervenção pertinentes.

O Sistema de Informação de Agravos sob Notificação (SINAN) é a principal fonte de informação do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE), que tem o município como unidade de informação. Além da ficha de notificação de casos suspeitos, o SINAN propõe para cada doença a realização oportuna de investigação epidemiológica registrada em ficha de investigação correspondente.

Em algumas situações quando existe dificuldade de obtenção dos dados, por deficiências de cobertura ou magnitude elevada do problema, pode-se trabalhar com unidades “sentinelas”. Essas podem ser médicos, hospitais, clínicas ou mesmo indivíduos que, por apresentarem maior probabilidade de contato com os casos atuam como pronto alarme para a detecção de casos e/ou surtos.

Os estados e municípios podem incluir novos agravos, desde que definam com clareza, o motivo e objetivo da notificação, os instrumentos e fluxo que a informação vai seguir e as ações que devem ser postas em prática, de acordo com as análises realizadas. Só devem ser coletados dados que tenham uma utilização prática, para não sobrecarregar os serviços com formulários que não geram informações pertinentes. A lista nacional de agravos de notificação compulsória, publicada através de portaria ministerial, compreende 48 doenças e agravos, além de incluir a notificação de situações de potencial gravidade e alarme em termos de saúde da população.

Um modo de ampliar as informações sobre as doenças sob vigilância é utilizar como fontes adicionais de notificação os relatos ou rumores produzidos pela população, por informantes-chave ou outros atores que possam informar doenças, epidemias ou surtos.

Ainda em relação à coleta de dados, a investigação epidemiológica de casos, surtos ou epidemias constitui o procedimento que segue a uma notificação, na medida em que busca informações e realiza procedimentos que irão confirmar ou descartar o caso notificado e indicar medidas de controle. Para a realização de investigações muitas vezes é necessário realizar visitas nos domicílios, escolas, hospitais ou outras instituições, consulta a prontuários, formulários, fichas e outras fontes documentais para complementar a análise epidemiológica, além de coletar material para exame de casos ou contatos. A realização de investigação depende dos níveis endêmicos da doença, do modo de transmissão, das medidas de controle usadas e dos recursos disponíveis.

Em cada região do país, as doenças a serem investigadas são aquelas que constituem problema de saúde pública pela sua alta incidência, prevalência, letalidade e para as quais existam medidas de controle, ou pelo menos, disponibilidade de tratamento adequado, que venha a ser integrado nos serviços básicos de saúde. Assim, investigam-se doenças prioritárias, formas graves ou inusitadas de algumas doenças, surtos e epidemias e doenças desconhecidas. O processo de coleta de dados também inclui o encerramento oportuno dos casos notificados após realização de investigações epidemiológicas.

O processamento dos dados coletados inclui a alimentação e o monitoramento do sistema de informação SINAN/NET referente aos agravos de notificação obrigatória e sistemas de gestão mantendo-os atualizados e operantes. É imprescindível que se realize a correção de inconsistências, duplicidades, omissões nos sistemas de notificação, nas investigações epidemiológicas e demais sistemas de coleta de dados e se proceda a comparação dos dados de notificação com outros sistemas de informação em saúde (SIM, SIA, SIH, e-SUS).

A análise e interpretação da informação, incluindo a situação de saúde compreende a organização das informações epidemiológicas e a descrição dos agravos por meio de séries históricas, descrição das características das pessoas afetadas e georreferenciamento dos casos segundo recortes territoriais e temporais.

Esta etapa também compreende a escolha e elaboração de indicadores administrativos e epidemiológicos. Os indicadores administrativos relacionam-se ao desempenho do sistema, podendo incluir a pontualidade no envio das notificações, a proporção de casos investigados em relação aos notificados, as investigações encerradas em tempo oportuno, as coberturas (de notificações e imunobiológicos). Os indicadores epidemiológicos, compreendem o acompanhamento das doenças e agravos sob notificação segundo as características de tempo, pessoa e lugar.

Em relação ao tempo, deve-se dispor de séries históricas atualizadas, distribuições segundo data de início dos sintomas (que permitem identificar surtos e epidemias), correlações entre taxas de incidência ou prevalência e taxas de mortalidade.

Em relação às pessoas, é importante analisar periodicamente as características demográficas e socioeconômicas das pessoas acometidas (idade, sexo, raça/cor, ocupação, local de residência/ocorrência, além da situação vacinal, quando pertinente). É importante verificar se há casos associados ou de fonte comum procedentes do mesmo domicílio, endereço, local de trabalho ou de diversão.

Em relação a lugar, o monitoramento inclui a distribuição espacial dos casos e óbitos segundo região/município e identificação dos territórios mais afetados. Além destes, é importante que os serviços acompanhem as séries históricas dos indicadores pactuados com o Ministério da Saúde.

O acompanhamento dos indicadores epidemiológicos permite também realizar a avaliação da eficácia e efetividade das medidas adotadas. Em relação a isso é importante averiguar a ocorrência de casos em pessoas imunizadas em relação à doença em questão, assim como o monitoramento dos eventos adversos dos imunobiológicos.

A recomendação e realização das medidas de prevenção e controle apropriadas podem ser agrupadas em em quatro grandes grupos, de acordo com Heymann (2015):

1. medidas preventivas: saneamento ambiental e tratamento de água e esgoto, vigilância sanitária de alimentos, controle de vetores, medidas de higiene;
2. controle dos pacientes e contatos: notificação à autoridade sanitária, isolamento, quarentena, desinfecção concorrente, investigação de contatos, imunização de contatos ou população, quimioprofilaxia, tratamento específico;
3. medidas em caso de epidemia ou desastre: investigação epidemiológica imediata para determinar a fonte de infecção;
4. medidas internacionais: normatizadas pelo Regulamento Sanitário Internacional.

A devolução da informação processada aos notificantes é elemento chave para o funcionamento de um sistema da vigilância epidemiológica. É fundamental garantir à unidade notificadora o retorno das informações enviadas, para que esta possa acompanhar o produto de seu trabalho, manter a motivação e aperfeiçoar sua ação.

A retroalimentação é um dos elos menos trabalhados da vigilância epidemiológica. Tem-se observado que nos serviços de saúde o retorno da informação é fragmentado e nem sempre acontece. As justificativas referem-se ao pouco tempo para analisar a situação de saúde e elaborar Boletins Epidemiológicos ou Relatórios técnicos frente à grande quantidade de trabalho no dia-a-dia dos serviços de saúde.

A retroalimentação pode ocorrer de diferentes formas: boletins epidemiológicos regulares; circulares internas sobre assuntos específicos; relatórios de atividades; artigos publicados e contatos por meio de mídias e visitas de supervisão.



Enfim, além da avaliação da eficácia das medidas de controle é fundamental que se proceda a avaliação do desempenho do sistema de vigilância como um todo (WALDMANN, 1998). Para isso, podem ser usados os parâmetros e indicadores elencados, a seguir:

- **Oportunidade:** significa a agilidade do sistema em cumprir todas as suas etapas, desde a notificação do caso até a indicação de medidas de controle e, por fim, a distribuição das informações por meio dos Boletins Epidemiológicos. Dentre os indicadores usados para avaliar este item pode-se citar: o percentual de notificações recebidas no prazo (semanalmente se for agravo de notificação semanal, no momento da suspeita se for de notificação imediata); percentual de investigações epidemiológicas realizadas de modo oportuno (imediatamente após a notificação); coleta de material para exame laboratorial (em relação às doenças e agravos que necessitam diagnóstico laboratorial de casos ou contatos).
- **Flexibilidade:** é a habilidade de um sistema de vigilância adaptar-se a novas necessidades, em resposta às mudanças na natureza ou na importância de um evento adverso à saúde. Indicador: inclusão de agravos de importância regional nas listas de doenças a serem notificadas.
- **Representatividade:** raramente se conhece todos os casos de doenças que acontecem em um território. Um sistema de vigilância representativo descreve a ocorrência de um evento adverso à saúde, ao longo do tempo, segundo os atributos da população e a distribuição espacial dos casos. É importante que sejam acompanhadas cada uma de suas unidades notificadoras, contatando as que deixam de notificar, as que notificam com atraso e as que permanecem muito tempo sem notificar casos. Indicador: monitoramento de municípios silenciosos (aqueles que não têm notificado o(s) agravo(s) em questão).
- **Sensibilidade:** é a capacidade de um sistema de vigilância identificar os verdadeiros casos do evento adverso à saúde que tem por objetivo acompanhar e analisar. Quando o percentual de casos confirmados em relação aos notificados é muito pequeno, é importante melhorar os recursos diagnósticos locais. Indicador: proporção de casos confirmados/casos notificados.

A educação permanente dos trabalhadores da vigilância faz parte das ações a serem desempenhadas pelos serviços de vigilância, visando não apenas a atualização de rotinas e procedimentos ou a supervisão das ações realizadas, mas motivar os trabalhadores para o enfrentamento dos problemas que ocorrem no dia a dia dos serviços. As práticas de trabalho cotidiano devem ser norteadoras da aprendizagem, estimulando a problematização, a reflexão crítica, a análise dos dados epidemiológicos, a construção de indicadores, a elaboração de informes, contribuindo para a compreensão do perfil epidemiológico e para encontrar soluções conjuntas para os problemas locais.

Uma tarefa fundamental para o dimensionamento da força de trabalho é a identificação e descrição do trabalho realizado pelo serviço e a pactuação do escopo de atuação deste e das práticas dos trabalhadores que compõem as equipes. Frente a isso, os processos de trabalho foram levantados através de entrevistas realizadas coletivamente com os trabalhadores de cada uma das áreas e descritos de forma organizada.

O conceito de processo de trabalho aqui utilizado compreende o conjunto de atividades laborais ou ações executadas que dão suporte aos objetivos da instituição. Ou seja, as atividades têm relação a “o quê” será feito e “como” e “quanto” de resultado isso gera. Considera-se que todo o processo de trabalho tem um ou um conjunto de sujeitos que estabelece os objetivos, executa as ações e estabelece as relações de adequação dos meios e condições para a transformação dos objetos (FARIA; WERNECK; SANTOS; TEIXEIRA, 2009).

Para a realização das entrevistas foi utilizado um roteiro de orientação acerca das questões a serem abordadas e sobre o registro dos dados e informações contendo: a descrição das atividades de cada trabalhador, considerando o tempo médio semanal investido para executá-las; o percentual da jornada semanal gasto com cada atividade, até a distribuição entre 70 e 80% da jornada semanal de trabalho; o resultado gerado por cada atividade e a unidade de medida institucional utilizada para registrá-las; e, a percepção do trabalhador sobre

o seu trabalho abrangendo percepções sobre os seguintes fatores: virtudes e/ou fortalezas, fragilidades e/ou sugestões para melhorias, e outros comentários sobre o trabalho executado.

Foram entrevistados treze (13) trabalhadores da Gerência de Doenças Transmissíveis, atingindo o total de trabalhadores do setor, exceto a gerente, e dez (10) trabalhadores da Gerência de DST/AIDS e Hepatites Virais, sendo que doze (12) trabalhadores compõem a área, além da gerente.

Analisando os resultados das entrevistas, podemos observar que o esforço da força de trabalho está direcionado para atividades e ações pertinentes à vigilância epidemiológica das doenças transmissíveis. Não foram evidenciados desvios de esforço para atividades ou ações desconexas das funções e da atuação das áreas envolvidas no projeto, salvo aquelas reclamadas pelos trabalhadores, mas que estão situadas na fronteira entre atribuições e responsabilidades intersetoriais (e que fazem interface com as atividades das áreas analisadas), como por exemplo, ações de planejamento e intervenção na rede de atenção à saúde que, segundo a percepção de alguns trabalhadores, se executadas por outros setores da SESAU-TO, poderiam ser mais efetivas.

Observou-se também uma percepção fragmentada de parte dos trabalhadores sobre as funções da vigilância das doenças transmissíveis, que se reflete na execução de um conjunto de atividades igualmente fragmentadas. Nem sempre é possível perceber uma sequência estratégica e articulada de ações que representem o ciclo de funções tradicionalmente atribuídas a vigilância epidemiológica das doenças e dos agravos definidos pelos serviços como prioritários para o território.

Com relação à composição das equipes, há uma percepção quase generalizada dos trabalhadores e também dos gestores de nível médio de gerência (coordenações de áreas) de que faltam “recursos humanos” em todas as áreas e que o déficit de trabalhadores acarreta uma sobrecarga de trabalho para todos, o que justificaria, segundo as gestoras entrevistadas, um conjunto significativo de atividades e ações que não são realizadas ou são realizadas parcialmente. No entanto, os trabalhadores e gestores em sua maioria atribuem significativo valor ao trabalho que realizam. Percebem a vigilância epidemiológica como uma atividade nobre da Saúde Coletiva e se declaram engajados no cumprimento e execução das atividades relacionadas a esta área.

Análise das ações da Vigilância Epidemiológica estadual pelas gestoras locais

Além de analisar os processos de trabalho das gerências a partir dos enunciados dos profissionais das equipes, realizou-se o levantamento e análise das ações e estratégias dos componentes da vigilância em saúde a partir da percepção de gestores locais da secretaria de saúde.

Para este procedimento foi utilizado um instrumento/formulário que orientou o levantamento dos seguintes dados e informações sobre as gerências e suas respectivas áreas técnicas: identificar ações/estratégias realizadas; ações/estratégias realizadas, todavia, não consolidadas; ações/estratégias realizadas, todavia, de competência de outras áreas, setores, instituições e/ou pontos da rede de saúde; ações não realizadas ou realizadas parcialmente e, portanto, não consolidadas; justificativas para a não realização ou realização parcial de ações; e, propostas de alternativas de solução para estas situações.

Segundo o Guia de Vigilância Epidemiológica (BRASIL, 2009), são funções deste componente da vigilância em saúde:

1. Coleta de dados;
2. Processamento de dados coletados;
3. Análise e interpretação da informação;
4. Recomendação e realização das medidas de prevenção e controle apropriadas;

- 
5. Avaliação da eficácia e efetividade das medidas adotadas e do sistema;
 6. Divulgação de informações pertinentes.
 7. Educação permanente dos trabalhadores que operam o sistema

Todo o esforço para compreensão e descrição dos processos de trabalho realizados nos serviços, bem como, das avaliações e perspectivas sobre as melhorias do mesmo tiveram como referência as funções acima descritas, ainda que as mesmas possam ser desdobradas em várias outras ações, considerando sua plena execução. A partir desse exercício, passamos a estruturar o escopo de práticas das áreas a serem dimensionadas.

Entende-se que as atribuições que compreendem a organização do sistema, a coleta de dados, o processamento, análise e interpretação dos dados, a realização e avaliação das medidas de controle e a divulgação da informação são de responsabilidade de todas as áreas técnicas que operam o modelo de vigilância epidemiológica aqui abordado. Este modelo também pode ser utilizado, mesmo que com matrizes diversas, quando o foco são as Doenças de Agravos Não Transmissíveis (DANTs) - Vigilância das violências, Fatores de risco e doenças crônicas não transmissíveis. O uso do modelo da vigilância para os agravos não transmissíveis, compreende o uso de uma perspectiva longitudinal de acompanhamento e cuidado dos casos que se configuram como de caráter crônico, enquanto a vigilância das doenças transmissíveis pressupõe a identificação dos casos e a adoção de medidas de controle com presteza e rapidez.

A sistematização dos processos de trabalho e as análises realizadas, utilizando as informações empíricas expressas pelos entrevistados em diálogo com a literatura, permitiu a elaboração do rol de atividades e ações transversais e pertinentes a todas as áreas que realizam vigilâncias, processo que será detalhado a seguir.

Escopo de práticas da Vigilância Epidemiológica

Para definir qual força de trabalho pretende-se programar para cada serviço, a metodologia de dimensionamento utilizada tomou como base o escopo de práticas definido para as necessidades identificadas, de acordo com a estrutura do serviço existente e o contexto local.

A construção do escopo de práticas, necessário para atender as funções da vigilância epidemiológica, além de sistematizar as informações obtidas nas etapas anteriores, contou com a contribuição de profissional especialista no tema. A partir disso, foram descritas as atividades já realizadas e as necessárias para o desenvolvimento adequado das funções da Vigilância Epidemiológica.

Ao explicitar e analisar o processo de trabalho da vigilância epidemiológica, recomenda-se verificar se existem protocolos e funções definidas para os diferentes pontos da rede de atenção à saúde e aos serviços de vigilância nas diferentes esferas de gestão (estado e municípios), se há coleta sistemática de dados (população, agravos, exames laboratoriais, vacinas), se são listados e acompanhados os serviços notificantes e se existe controle periódico do envio das notificações. Em relação às investigações epidemiológicas, deve-se verificar se há trabalhadores capacitados, materiais, formulários e rotinas específicas para proceder a investigação, e se os profissionais de saúde conseguem identificar a ocorrência de surtos e epidemias. Além disso, é necessário verificar e analisar quais os indicadores pactuados com o Ministério da Saúde e com os demais componentes do sistema de saúde.

Através da descrição, reflexão e análise do escopo de práticas dos trabalhadores da SESAU-TO, a luz das práticas identificadas como fundamentais à vigilância epidemiológica, foi possível sistematizar as atividades que são de responsabilidade das equipes a serem dimensionadas, conforme escopo de atuação do serviço. O Quadro 1 apresenta esta sistematização, que tomou como base as atribuições da vigilância epidemiológica definida pelas políticas e a produção dos especialistas da área.

Quadro 1: Ações e atividades da Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Estado da Saúde, Tocantins.

Ações - Vigilância Epidemiológica (Tarefas da SES)		Atividades
1	Implantação, gerenciamento e operacionalização dos sistemas de informação de base epidemiológica visando à coleta dos dados necessários para análise de situação epidemiológica das doenças e agravos pertencentes ao sistema de vigilância.	Qualificação da Notificação
2	Monitoramento e avaliação (regularidade, periodicidade, completude) do envio de notificações de agravos de notificação pelos municípios.	
3	Comparação dos dados de notificação com outros sistemas de informação em saúde (SIM, SIA, SIH, e-SUS).	
1	Apoio e suporte aos municípios em relação à realização de investigações epidemiológicas de casos, surtos e epidemias das doenças sob vigilância.	Qualificação e apoio na Investigação
2	Correção de inconsistências, duplicidades, omissões nos sistemas de notificação, nas investigações epidemiológicas e demais sistemas de coleta de dados.	
3	Encerramento oportuno das notificações após realização de investigações epidemiológicas.	
4	Alimentação e monitoramento do sistema de informação SINAN NET referente aos agravos e doenças de notificação obrigatória e sistemas de gestão mantendo-os atualizados e operantes.	
1	Acompanhamento do comportamento epidemiológico das doenças e agravos à saúde de cada área técnica.	Monitoramento de agravos e Análise dos Dados
2	Consulta a prontuários, formulários, fichas de investigação e outras fontes documentais para complementar a análise epidemiológica.	
3	Elaboração de indicadores de processo e de impacto, para avaliar o desempenho da vigilância epidemiológica.	
4	Apoio a análises específicas locais, nas situações em que os municípios apresentarem dificuldades.	
5	Realização de análises de informações epidemiológicas e de indicadores pactuados com o Ministério da Saúde.	
6	Elaboração de relatórios técnicos referentes ao comportamento epidemiológico das doenças, agravos e das medidas de controle efetuadas.	
1	Orientação técnica aos níveis regional e municipal para a adoção de medidas de controle de doenças e agravos à saúde.	Cuidado das pessoas (casos e/ou contatos)
2	Acompanhamento e supervisão da realização de medidas de controle de doenças e agravos que fazem parte do sistema de vigilância.	
3	Identificação das necessidades de aquisição e distribuição de insumos e materiais (medicamentos, quimioterápicos, imunobiológicos, etc.) necessários para o funcionamento da vigilância.	
4	Promoção de medidas de controle de doenças e agravos junto aos municípios e execução das mesmas, em forma supletiva às ações municipais, quando necessário.	
5	Manutenção do suporte laboratorial para diagnóstico e identificação de agentes infecciosos e situação imunológica de doentes ou grupos de risco.	
6	Orientação e garantia para os tratamentos específicos (casos e/ou contatos).	
7	Orientação sobre os isolamentos e desinfecção concorrente (casos e/ou contatos e ambiente).	
8	Cuidado de pacientes e cuidado e controle dos contatos.	



Ações - Vigilância Epidemiológica (Tarefas da SES)		Atividades
1	Definição de indicadores e metas para avaliar medidas;	Avaliação e Planejamento da área de atuação
2	Estabelecimento de diretrizes operacionais, normas técnicas e padrões de avaliação na vigilância epidemiológica, incluindo a definição de indicadores e metas.	
3	Promoção de análises e estudos sobre o impacto das medidas de controle.	
4	Comparação dos indicadores e índices com parâmetros esperados e/ou pactuados.	
5	Avaliação das metas esperadas e alcançadas.	
6	Acompanhamento dos percentuais de adesão e das coberturas atingidas pelos procedimentos indicados pelas áreas técnicas.	
1	Elaboração e difusão de Boletins Epidemiológicos.	Elaboração e Divulgação de informações
2	Realização de ações de retroalimentação e participação em outras estratégias de comunicação social.	
3	Apoio operacional aos municípios para que realizem ações de divulgação das ações de vigilância epidemiológica.	
4	Comunicação permanente com Centros de Informação de Saúde das administrações municipal e federal, visando o acompanhamento da situação epidemiológica, a adoção de medidas de controle e a retroalimentação do sistema de informações.	
1	Estímulo à organização de campanhas, dias alusivos ao enfrentamento e combate de agravos e doenças, assim como encontros, seminários e capacitações.	Educação Permanente
2	Promoção de capacitações e da educação permanente dos trabalhadores de saúde dos diferentes níveis do sistema.	
3	Promoção do intercâmbio técnico-científico com instituições de ensino, pesquisa e assessoria.	
4	Elaboração de material educativo para suporte às atividades de educação em saúde dirigidas à população.	
5	Estímulo à participação da sociedade civil nas ações de controle das doenças, agravos e medidas de controle adotadas nas diferentes áreas técnicas.	
1	Coordenação, normatização e apoio às áreas técnicas de assessoramento.	Organização e Gestão
2	Estabelecimento de diretrizes operacionais, normas técnicas e padrões de procedimento no campo da vigilância epidemiológica das doenças e agravos.	
3	Promoção de estudos e pesquisas epidemiológicas para identificação dos determinantes e condicionantes das doenças; grupos e fatores de risco populacionais.	
4	Contribuir com a análise situacional e epidemiológica dos territórios.	
5	Articular a Rede para integração de ações de gestão e assistenciais.	
6	Elaboração e compartilhamento de informações epidemiológicas em parceria com as áreas técnicas de assessoramento.	
7	Identificação de agravos, fatores de risco e áreas prioritárias para desenvolvimento de ações de vigilância epidemiológica.	
8	Programação, coordenação e supervisão das atividades de vigilância epidemiológica no âmbito estadual e apoio técnico-científico para os níveis municipais e regionais.	
9	Gestão administrativa e do trabalho (elaboração de pareceres, solicitação de insumos, elaboração de memorandos, termos de referência, instrumentos de gestão, entre outros).	
10	Planejamento e articulação com áreas de controle social e de gestão (Conselhos, órgãos de controle, etc.)	
11	Seleção de instrumentos de coleta de dados: doença/agravo, variáveis de interesse, fluxos, periodicidade e notificantes.	

Fonte: os autores.

O escopo de práticas foi validado com a equipe da vigilância epidemiológica, de tal forma que expressassem efetivamente uma síntese das atividades que demandam força de trabalho na SESAU-TO. A validação mostra-se fundamental para que o dimensionamento não ocorra com base em idealizações dos processos de trabalho, mas expresse efetivamente a realidade e as necessidades cotidianas, desejáveis e alcançáveis, em cada espaço vivenciado pelos atores.

Com base nas atividades pactuadas foi elaborada, junto dos trabalhadores e gestores do serviço, uma proposta de indicadores e parâmetros de força de trabalho. Este processo faz parte do momento desta metodologia de dimensionamento destinado à programação da força de trabalho, descrito a seguir.

Dimensionamento da força de trabalho da vigilância epidemiológica

Uma das tarefas fundamentais do dimensionamento da força de trabalho é definir as horas de trabalho que são necessárias para que as atividades, pactuadas no escopo do serviço e de práticas, possam ser realizadas. Para isso é necessário produzir indicadores e parâmetros que possam expressar a demanda quantitativa e qualitativa de trabalhadores. O resultado que se pretende é o número de horas de força de trabalho para que as atividades da vigilância epidemiológica possam ser realizadas e, portanto, as necessidades de atuação nos territórios sejam atendidas.

O Quadro 1 apresentou, de forma sistematizada, as atividades fundamentais para a atuação da vigilância epidemiológica da SESAU-TO. A partir desta sistematização, foram propostos indicadores que possam responder à demanda de força de trabalho para a realização destas atividades.

Após a construção da proposta, foi realizada uma oficina com trabalhadores, gerentes e gestora das áreas, para revisão conjunta dos indicadores e para a pactuação dos parâmetros de força de trabalho, para cada uma das atividades, e que serviram de base para os cálculos de dimensionamento. Neste momento, foram retomadas as ações e atividades que compõem o escopo de práticas da vigilância epidemiológica do Tocantins, e, a partir das análises dos participantes e do olhar para o cotidiano do trabalho de cada uma das gerências, foram pactuados parâmetros para a definição das horas necessárias para o desenvolvimento de cada uma das atividades do serviço.

É importante destacar que, frente a inexistência, na literatura, de parâmetros de dimensionamento da força de trabalho em serviços de vigilância epidemiológica, estes foram elaborados a partir da experiência dos atores envolvidos com a intervenção e podem ser reavaliados e validados, a partir da observação e análise do desenvolvimento das atividades no cotidiano do trabalho, tanto dos serviços participantes, quanto em outras realidades, desde que adequados ao contexto local. Além disso, este exercício gerou importantes debates acerca dos processos de trabalho do serviço, o que também contribuiu para a gestão do trabalho das equipes.

Frente ao exposto, considera-se que a ampliação de intervenções e de desenvolvimento de metodologias de dimensionamento da força de trabalho em saúde contribuiu, tanto com a disponibilidade de novas reflexões para a gestão do trabalho, quanto para a validação de referencial de indicadores e parâmetros de força de trabalho para os sistemas e serviços de saúde. O Quadro 2 apresenta os parâmetros propostos e pactuados com as áreas analisadas.



Quadro 2: Parâmetros de força de trabalho, segundo indicadores e atividades, pactuados com as equipes da Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Estado da Saúde de Pernambuco.

	Atividade	Indicador	Parâmetro
1	Qualificação da Notificação	Nº de Horas de trabalho/ notificação	5 minutos/notificação ou 0,08 hora/ notificação
2	Qualificação e apoio na Investigação	Nº de Horas de trabalho/casos notificados	20 minutos/caso ou 0,33 horas/caso
3	Monitoramento de agravos e Análise dos Dados	Nº de Horas de trabalho / agravo/região	30 minutos/agravo ou 0,5 horas/agravo/ região
4	Cuidado das pessoas (casos e/ou contatos)	Nº de Horas de trabalho /caso	10 minutos/caso ou 0,17 horas/agravo / região
5	Avaliação e Planejamento da área de atuação	Nº de Horas de trabalho / trabalhador/mês	2 horas/trabalhador/mês
6	Elaboração e Divulgação de informações	Nº de Horas de trabalho/ gerência/mês	40 horas/gerência/mês
7	Educação Permanente	Nº de horas de trabalho/horas de qualificação programada	2 horas de trabalho/horas de qualificação programada
8	Organização e Gestão	Nº de horas de trabalhador/hora de gestor	15 horas de trabalhador/hora de gestor

Fonte: os autores.

Em posse destas ferramentas de análise, foi possível programar as horas de trabalho demandadas para a execução das atividades. As horas de FT programada foram acrescidas de 15%, que corresponde ao Índice de Segurança Técnica (IST), adotado para esta metodologia de dimensionamento com vistas a corrigir lacunas provenientes de ausências dos trabalhadores. Sugere-se que o índice seja reavaliado com base nos cálculos e análises dos índices de absenteísmo dos trabalhadores, para cada serviço.

No Quadro 3 está demonstrado, a título de exemplo, o resultado da programação de horas de força de trabalho realizada para a Gerência de DST/Aids e Hepatites Virais, do serviço de Vigilância Epidemiológica da SESAU-TO.

Quadro 3: Força de trabalho programada e atual, Gerência de DST/Aids e Hepatites Virais.

Trabalhadores DST/HIV/AIDS/HV	Horas/ Semana	Qtd. de Trabalhadores conforme Carga Horária Padrão
A - Horas Programadas por Mês (sem IST)	306	7,65
B - Horas Programadas por Mês (com IST)	352	8,8
C - Horas Contratadas por Mês (Ativos e Afastados)	520	13,00
D - Horas Força de Trabalho por Mês (Somente Horas Realizadas de Trab. Ativos)	480	12,00
Diferença entre a Força de Trabalho Ativa (D) e a Contratada (C)	-40	-1
Diferença entre a Força de Trabalho Ativa (D) e a Programada sem IST (A)	174	4,35
Diferença entre a Força de Trabalho Ativa (D) e a Programada com IST (B)	128	3,2

Fonte: os autores.

A definição da força de trabalho necessária, e a comparação desta com a força de trabalho existente, não esgota o debate do dimensionamento, na medida em que se deve planejar também a distribuição da carga horária programada.

Distribuição da força de trabalho: caminhos e possibilidades

As atividades para as quais foram definidos os indicadores e parâmetros de força de trabalho, auxiliaram na definição da demanda de horas de trabalho de cada uma das gerências participantes da intervenção, quais sejam, Gerência de Doenças Transmissíveis e Gerência de DST/Aids e Hepatites. No entanto, os processos de gestão do trabalho compreendem também a identificação das demandas para os contextos distintos em que os trabalhadores atuam, por isso deve considerar a diversidade dos territórios, as capacidades dos serviços, e as competências e habilidades dos trabalhadores, tanto dos que já estão contratados, como para definição do perfil dos profissionais que poderão vir a compor as equipes.

Este debate também compõe a metodologia de Planejamento e Dimensionamento da Força de Trabalho em Saúde proposta pelo projeto, e envolve as reflexões sobre a organização da gestão e dos serviços de saúde nos territórios e as modelagens tecnoassistenciais do SUS.

Dessa forma, foram exercitados dois métodos de distribuição da força de trabalho programada, um a partir da demanda de FT conforme a realização da vigilância de cada um dos agravos e doenças pelos quais o serviço é responsável, e outro a partir da demanda de FT para a atuação da vigilância epidemiológica nos territórios (nas regiões de saúde do estado).

O primeiro método, demonstrado no Quadro 4, considera a organização dos processos de trabalho necessários para a execução das tarefas da vigilância para cada um dos agravos, e, conseqüentemente em horas de trabalho para a execução das atividades. Ou seja, dada uma carga horária programada para a equipe de vigilância esta foi distribuída para alocar trabalhadores conforme agravo e doença. Este é a organização tradicional e mais frequente das práticas de vigilância.

Quadro 4: Demonstrativo do método de distribuição da força de trabalho programada para a Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins, segundo Doenças e Agravos.

Agravos/doença	Percentual de notificações do agravo em relação ao total de notificações	Percentual para garantia da Estrutura de Funcionamento do Sistema de Vigilância (100%/nº total de agravos)	Resultado Percentual (considerando 80% por notificações + 20% do percentual para estrutura).	FT distribuída por agravo (Nº total de horas programadas x Resultado Percentual 80%+20%)
Agravo/Doença 1	Resultado do percentual para o agravo (%)	Resultado do percentual para o agravo (%)	Resultado do percentual para o agravo (%)	Nº de horas de FT para vigilância do agravo/doença (h)

Fonte: os autores.

Para a alocação de horas de trabalho considerou-se o percentual de notificação de um agravo em relação ao total, bem como para o funcionamento da estrutura a proposição é de dedicação de 20% da carga horária total, que dividida pelo número de agravos que são tratados pelas equipes resulta na parcela de horas para a definição da carga horária necessária os processos de trabalho daquele agravo.



Considerando as análises realizadas, tanto da literatura disponível, quanto da realidade dos serviços participantes, observa-se que o trabalho da vigilância epidemiológica se dá através de ciclos de práticas, semelhantes para cada doença/agravo, sendo que, conforme a PNVS, trata-se de um processo contínuo e sistemático cujas competências e habilidades para a sua execução são semelhantes e, portanto, práticas comuns aos trabalhadores de vigilância (BRASIL, 2018). Buscando alternativas para a distribuição da força de trabalho que favoreça a integração dos trabalhadores das equipes de saúde tendo como centro as pessoas e os territórios em que vivem, bem como, o atendimento aos princípios, diretrizes e estratégias das políticas atuais da área, foi elaborado método de distribuição da FT segundo regiões de saúde, demonstrada no Quadro 5.

Quadro 5: Demonstrativo do método de distribuição da força de trabalho programada para a Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins, segundo Região de Saúde.

Regiões de Saúde do estado	Percentual do nº total de notificações do estado	Percentual do nº total de habitantes do estado	Percentual do nº total de municípios do estado	Média dos três percentuais	Horas de FT distribuída por região
Região 1	Resultado do percentual de notificações da região (%).	Resultado do percentual de habitantes da região (%).	Resultado do percentual de municípios da região (%).	Resultado da Média (%).	Total da FT programada (horas) x média dos três percentuais (%).

Fonte: os autores.

A proposta de distribuição, considerou as sete Regiões de Saúde do estado: Região de Saúde Amor Perfeito, Região de Saúde Bico de Papagaio, Região de Saúde Cantão, Região de Saúde Capim Dourado, Região de Saúde Cerrado Tocantins Araguaia, Região de Saúde Ilha Do Bananal, Região de Saúde Médio Norte Araguaia, Região de Saúde Sudeste.

O resultado deste exercício está apresentado na Tabela 6

Tabela 6: Distribuição da Força de Trabalho Programada, segundo Região de Saúde.

Regiões de Saúde do Estado do Tocantins	Percentual do nº total de notificações do estado	Percentual do nº total de habitantes do estado	Percentual do nº total de municípios do estado	Média dos três percentuais	FT distribuída por região
Amor Perfeito	6%	7%	9%	7%	25
Bico de Papagaio	10%	13%	17%	13%	46
Cantão	6%	8%	11%	8%	28
Capim Dourado	31%	24%	10%	22%	77
Cerrado Tocantins Araguaia	8%	10%	17%	12%	42
Ilha do Bananal	7%	12%	13%	11%	39
Médio Norte Araguaia	30%	19%	12%	20%	70
Sudeste	2%	7%	11%	7%	25
Total	100%	100%	100%	100%	352

Fonte: os autores.

Considerações e possibilidades de transformação na gestão estadual das Vigilâncias

As análises prévias sobre a rede orientaram o processo de construção da metodologia aqui relatada, assim como o reconhecimento do território do estado do Tocantins e suas particularidades, e como tudo isso reverbera na organização dos serviços participantes da formação-intervenção desenvolvida. Cabe salientar que, para além disso, possibilitou a experiência coletiva de um importante movimento de reflexão sobre as atividades realizadas e suas repercussões na gestão do sistema de vigilância epidemiológica e de sua transversalidade na rede de atenção à saúde.

Os debates realizados e a reflexão gerada proporcionaram também a sistematização de algumas recomendações para o trabalho da vigilância epidemiológica na SESAU-TO e que podem ser consideradas para a realidade de outros serviços e territórios.

Dentre as recomendações podemos citar: o estímulo à ação conjunta e ao compartilhamento de ações comuns às áreas técnicas, tais como organização, alimentação e limpeza de bancos de dados; a realização de supervisões e capacitações em parceria entre as áreas; a redação de relatórios técnicos; a elaboração de Boletins Epidemiológicos simplificados, que podem ser disponibilizados por meio eletrônico, reduzindo os custos; o fomento do trabalho em parceria com escolas para elaboração materiais educativos, organizando atividades educativas (gincanas, concursos, entre outras) junto aos estudantes; o incremento aos convênios e parcerias com as universidades; o investimento na educação no trabalho e uso de textos com exercícios para as capacitações e supervisões, à semelhança do Curso Básico de Vigilância Epidemiológica (Brasil, 2005) e MOPECE (OPAS, 2010) para educação permanente dos trabalhadores do campo da saúde; e a composição de espaços de discussão e negociação acerca da descentralização e regionalização da Secretaria de Estado da Saúde, incluindo a Superintendência de Vigilância, Proteção e Promoção à Saúde.

Cabe ressaltar que a organização da força de trabalho é uma prerrogativa da gestão, e, no caso do sistema de vigilância abrange ainda os desafios de planejar e executar a integração das áreas de vigilância epidemiológica, ambiental, sanitária e saúde do trabalhador e a relação com o território, em especial as equipes de atenção básica, os municípios e demais serviços de saúde.

Referências:

Conferência Nacional de Saúde do Consumidor. **Relatório Final**. Rev Saúde em Debate: Rio de Janeiro, n.19, 20-24, 1987.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1.399, de 15 de dezembro de 1999**. Regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, estados, municípios e Distrito Federal, na área de epidemiologia e controle de doenças, define a sistemática de financiamento e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil: Brasília, 1999. Disponível em: http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files_mf/Pm_1399_1999.pdf. Acesso em: 14 ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 3.252, de 22 de dezembro de 2009**. Aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil: Brasília, 2009. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt3252_22_12_2009.html. Acesso em: 14 ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.378, de 9 de julho de 2013**. Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Diário Oficial da República Federativa do Brasil: Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução MS/CNS nº 588, de 12 de julho de 2018**. Fica instituída a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS), aprovada por meio desta resolução. Diário Oficial da República Federativa do Brasil: Brasília, 2018.



BRASIL. **Lei Nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil: Brasília, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS).** Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. 3. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2005 Disponível em:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de vigilância epidemiológica.** 7. ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 816 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Aprimorando as ações de prevenção e controle de doenças e promoção da saúde no SUS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde.** 2. ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Gestão. Comissão Europeia. **Textos de referência em gestão de pessoas: dimensionamento de força de trabalho.** Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2006.

CARVALHO, M.; DOS SANTOS, N. R.; CAMPOS, G. W. S. **A construção do SUS e o planejamento da força de trabalho em saúde no Brasil:** breve trajetória histórica. Rev Saúde em debate, Rio de Janeiro, v. 37, p. 372-387, 2013.

FARIA, H. P.; WERNECK, M. A. F.; SANTOS, M. A.; TEIXEIRA, P. F. **Processo de trabalho em saúde.** 2. ed. Nescon/UFMG, Coopmed: Belo Horizonte, 2009. 68 p.

FRANCO NETTO, G. *et al.* Vigilância em Saúde brasileira: reflexões e contribuição ao debate da 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 10, p. 3137-3148, out. 2017.

HEYMANN, D.L., MD, editors. **Control of communicable diseases manual.** 20th ed. Apha Press; 2015.

MACHADO, C. R., POZ, M. R. D. **Sistematização do conhecimento sobre as metodologias empregadas para o dimensionamento da força de trabalho em saúde.** Rev Saúde debate, Rio de Janeiro, n. 39, p. 239-254, 2015.

MENEGHEL S. N. **Que vigilância vamos fazer?** In: MENEGHEL S. N. Exercícios indisciplinados. Tomo Editorial: Porto Alegre, 2015. p. 155-174.

NORONHA, J. C.; SOARES, L. T. A política de saúde no Brasil nos anos 90. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 445-450, 2001.

VARELLA, T.C.; PIERANTONI, C.R. Mercado de trabalho: revendo conceitos e aproximando o campo da saúde. A década de 90 em destaque. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, 2008, p. 521-544.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE/BRASIL. **Acordo Complementar ao Acordo para um Programa Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde no Brasil.** OPAS: Brasília, 1975.

POSSA, L. B. TREPTE, R. F.; GOSCH, C. S.; FERLA, A. A. (Orgs.). **Dimensionamento da força de trabalho em saúde: gestão em ato e territórios em diálogo.** Porto Alegre: Rede Unida, 2020.

RAMOS, L. B.; POSSA, L. B. **Dimensionamento da força de trabalho no sus: o trabalho (e trabalhador) vivo no planejamento do cuidado em saúde.** Saúde em Redes, v. 2, n. 1, p. 43-52, 2016.

RASKA, K. The epidemiological surveillance program. **Journal of Hygiene, Epidemiology, Immunology**, v. 8, p. 137-68, 1964.

ROVERE, M.R. **Planificación estratégica de recursos humanos en salud.** 2. ed. OPAS-OMS: Washington, 2006.

SAYD, J. D.; JUNIOR VIEIRA, L.; VELANDIA, I. C.. Recursos humanos nas Conferências Nacionais de Saúde (1941-1992). **Physis**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 165-95, 1998.

WALDMAN, E. A. **Vigilância em saúde pública.** São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, 1998. v. 7.



CAPÍTULO 3

ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE NO PROGRAMA MAIS MÉDICOS - CONSTRUINDO ENREDOS ENTRE O PROVIMENTO EMERGENCIAL E FORMAÇÃO, NO ESTADO DE SÃO PAULO

Mariana Fonseca Paes

Esse relato de experiência apresenta vivências da equipe de referências técnicas do Ministério da Saúde (MS), no período de 2014 a 2015, no Programa Mais Médicos (PMM) dentro do estado de São Paulo.

Será dado enfoque à relação estabelecida entre o eixo provimento emergencial e o de formação para o SUS via residências médicas, abordando as principais ações desenvolvidas no âmbito estadual, regional e municipal. Considerou-se o período descrito acima para apresentação do relato, por ter sido àquele em que houve expressivo volume de ações de indução por parte do MS junto aos estados e municípios no contexto do PMM e parte do período em que a autora atuou nessa equipe.

PMM e o cenário estadual

O PMM foi instituído por meio da Medida Provisória nº 621 em 8 de julho de 2013 e posteriormente regulamentado pela Lei nº 12.871 em 22 de outubro do mesmo ano (BRASIL, 2013^a; BRASIL, 2013^b). Basicamente a estrutura do programa é traduzida no tripé:

- Provimento emergencial de médicos exclusivamente para atuação na atenção básica em municípios com áreas de vulnerabilidade e dificuldade na fixação de profissionais;
- Reforma, ampliação e construção de unidades básicas de saúde; e
- Formação de médicos no Brasil (implantação de novos cursos de graduação de medicina e residência médica em regiões com escassez de profissionais, novos parâmetros curriculares para graduação e pós-graduação).

Nos artigos 5º ao 11º, da lei, são abordadas as principais mudanças no âmbito das residências médicas. Dentre elas, o fato de que até o final do ano de 2018, a totalidade de programas de residência médica no país devem ofertar número equivalente de vagas à quantidade de egressos dos cursos de graduação de medicina no ano anterior (BRASIL, 2013).

Essencial salientar que nos artigos 6º e 7º essa mesma lei define os programas de residência médica de acesso direto: Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade (RMGFC). Genética Médica, Medicina do Tráfego, Medicina do Trabalho, Medicina Esportiva, Medicina Física e Reabilitação, Medicina Legal, Medicina Nuclear, Patologia e Radioterapia. Redefine o pré-requisito das outras áreas de residência médica, fixando a RMGFC como obrigatória de 1 a 2 anos para que seja possível ingressar em residências de outras especialidades (BRASIL, 2013^a).

Com tal medida, a Medicina Geral de Família e Comunidade (MGFC) passa a assumir um papel protagonista na formação de especialistas médicos no país, favorecendo também olhares mais atentos para os serviços de atenção básica de saúde e sua forma de organizar, planejar e promover o cuidado à saúde da população.

O eixo Formação para o SUS, em comparação aos outros dois eixos do PMM (ampliação/melhoria das Unidades Básicas de Saúde; e provimento emergencial) é considerado àquele com ações de mais longo prazo para ampliar o número de médicos no país pois envolve mudanças na graduação de medicina com a abertura de novos cursos, principalmente nas cidades do interior dos estados (BRASIL, 2013a) em regiões com maior escassez de profissionais “[...] o programa propõe sair da proporção de médicos por habitantes que o Brasil apresentava em seu lançamento (1,8 médico/1.000 habitantes) e atingir a marca de 2,7 médicos/1.000 habitantes no ano de 2026” (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015a, p.17). E como já dito anteriormente, a ampliação de vagas de Residência Médica (RM).

Para a expansão de vagas dos programas de RM, as principais estratégias utilizadas no país, foram:

- Ampliação a partir de Instituições de Ensino Superior (IES) com programas já criados de RM;
- Criação de novas vagas de RM através da parceria das IES de novos cursos de graduação médica com municípios via instituição do Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES) (BRASIL, 2015);
- Criação de novas vagas a partir de programas municipais de RM implantados por gestores do SUS.

Para que tais estratégias pudessem ser colocadas em prática houve uma estreita relação entre o cenário do provimento emergencial com o eixo formação, após a chegada de aproximadamente 18 mil médicos para atuação em Unidades Básicas de Saúde (UBS). Com a chegada maciça de profissionais médicos nas UBS de municípios no país e a composição de equipes de saúde da família (ESF) ou de Atenção Básica (EAB) houveram reorganizações importantes em inúmeras localidades que, anteriormente encontravam-se fragilizadas pela ausência constante de profissionais médicos nos serviços de atenção básica, e que a partir do PMM, passaram a ter pelo menos 1 profissional com 40 horas semanais para atuação.

No cenário estadual, São Paulo foi um dos estados brasileiros que mais recebeu profissionais pelo provimento emergencial. Em 2015 aproximadamente 2680 médicos atuavam em pelo menos 60% dos municípios que haviam aderido ao PMM no estado (STORTI et.al., 2017). Cabe destacar que o estado de São Paulo tem sido, há décadas, o maior formador de profissionais médicos especialistas no país (todavia há escassez histórica de profissionais para atuar na atenção básica em cidades do interior e nas regiões periféricas de grandes cidades e centros urbanos (ALESSIO, 2015).

Para implantação do PMM o MS ampliou as relações com os estados e os municípios por dois meios: a criação de Comissões Estaduais para coordenação das atividades em cada estado e a criação de uma equipe de referências descentralizadas para aproximação e fortalecimento do diálogo com as especificidades do PMM nas realidades locais.

As Comissões de Coordenações Estaduais (CCE) foram regulamentadas por portaria específica³ no final de 2013, e minimamente são compostas por representação: do Ministério da Saúde; da coordenação de Atenção Básica da Secretaria Estadual de Saúde (SES); do Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) e das instituições supervisoras (Instituições de Ensino Superior - IES). Em São Paulo, a representação do MS se dava pela participação da equipe de referências técnicas estaduais. Além disso, também havia a participação da equipe de apoiadores estaduais do Ministério da Educação (MEC). Tal comissão responsabilizava-se por acompanhar o andamento do PMM no estado, pela análise situacional do programa e pela articulação de ações do eixo provimento emergencial com o da formação.

Nessa perspectiva, o PMM foi sendo estruturado em âmbitos nacional e estadual a partir de comissões em que se visava o estreitamento de relações interinstitucionais: daquelas tradicionalmente ligadas à formação (IES) e às tradicionalmente ligadas com a prática e gestão de saúde (Secretarias Municipais de Saúde - SMS).

³ Portaria nº 2.921, de 28 de novembro de 2013.

Essa aproximação já vinha sendo construída desde antes do PMM, Dias *et al'* detalha a forte indução da política de formação de profissionais da saúde a partir da criação, no MS, da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES) em 2003. O autor destaca mudanças significativas na forma de pactuar ações formativas entre gestores do SUS (secretarias municipais e estaduais de saúde) com as IES, por indução da SGTES e do lançamento em 2004, da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). Com vistas à ampliação da intersetorialidade e da interinstitucionalidade e por considerá-las indispensáveis para qualificar a formação de profissionais para o SUS.

A seguir serão apresentadas algumas características da estruturação do PMM no estado de São Paulo, a partir do trabalho das referências técnicas descentralizada do MS e principais ações realizadas dentro do eixo formação, foco deste relato de experiência.

Regiões de saúde de São Paulo e a composição da equipe de referências descentralizadas

O estado de São Paulo possui atualmente o maior contingente populacional do país, em torno de 44 milhões de habitantes (IBGE, 2018). A distribuição dessa população se dá de forma bastante diversa nos seus 645 municípios, como por exemplo em São Paulo, com mais de 11 milhão de habitantes, e outros como Capela do Alto com menos de 20 mil habitantes (IBGE, 2018). Regionalmente a diversidade também se repete, sendo atualmente composta por 63 regiões de saúde em que pelo menos 60% dos municípios, até o início de 2014, haviam aderido ao eixo provimento emergencial do PMM.

Nesse mesmo ano, o MS, via Departamento de Provisão de Profissionais da Saúde (DEPREPS) situado na SGTES estruturou equipes de Referências Descentralizadas (RDs) em todos os estados, para que a implantação do programa se desse de maneira dialógica através do acompanhamento periódico da atuação dos médicos do provimento emergencial e a articulação de ações do eixo formação a partir de uma agenda de trabalho, que ocorreu mais expressivamente, a partir do início de 2015.

Em São Paulo a equipe foi composta por nove RDs em que a divisão territorial se deu inicialmente a partir de quatro critérios:

- Número de municípios para acompanhar;
- Número de profissionais do provimento emergencial;
- Semelhança com a divisão das 63 regiões de saúde no estado;¹⁰
- Regiões com maior proximidade do domicílio das RDs.

Os critérios foram definidos pela própria equipe e validados pela referência centralizada (integrante da equipe que compunha o quadro de profissionais do DEPREPS e atuava diretamente na sede do MS em Brasília, Distrito Federal, junto à Coordenação central do PMM). Considerando que as referências que fossem acompanhar municípios com maior quantitativo de profissionais do provimento emergencial, ficariam com regiões de saúde com menor número de municípios.

A divisão por região de saúde também foi fator que facilitou a articulação do trabalho com outras entidades como o COSEMS e a Secretaria Estadual da Saúde – SES. Essas entidades compõem suas ações a partir da lógica regional, sendo que com o COSEMS havia maior aproximação com os apoiadores regionais, e com a SES a articulação se dava basicamente com a coordenação de Atenção Básica e seus articuladores nas regiões.

Cabe destacar que o perfil das RDs era de profissionais da área da saúde: farmácia, fisioterapia, odontologia, enfermagem; outras áreas como sociologia, e todos com experiência de atuação em saúde pública, atenção básica, e gestão no SUS (municipal, estadual ou nacional). O processo de divisão territorial e a relação que as



RDs foram estabelecendo com as regiões de saúde, ao longo dos meses, se inspirou em experiências anteriores de atuação com a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e sua forma de estruturar a relação com o território, via processo de territorialização:

Para alguns autores, a territorialização nada mais é do que um processo de 'habitar um território' [...] O ato de habitar traz como resultado a corporificação de saberes e práticas. Para habitar um território é necessário explorá-lo, torná-lo seu, ser sensível às suas questões, ser capaz de movimentar-se por ele com alegria e descoberta, detectando as alterações de paisagem e colocando em relação fluxos diversos - não só cognitivos, não só técnicos, não só racionais - mas políticos, comunicativos, afetivos e interativos no sentido concreto, detectável na realidade. (Ceccim, 2005b). Essa abordagem remete, fundamentalmente, à importância da territorialização para os processos formativos em saúde com foco na aprendizagem significativa e nos contextos de vida do cotidiano. (PEREIRA, 2008, p.392).

Forma de organizar a relação com o território

A aproximação e o acompanhamento das RDs aos municípios se desenharam principalmente a partir de:

- visitas *in loco* para conversa com gestores municipais de saúde sobre as principais diretrizes do PMM, para os médicos do provimento emergencial nas UBS, tendo contato direto com as respectivas equipes de saúde;
- participação em reuniões conjuntas com outras secretarias municipais (planejamento, financeira) ou outras instâncias de governo (prefeitura);
- participação em reuniões conjuntas regionais (Comissões Intergestores Regionais), em parceria com apoiadores do COSEMS e articuladores da atenção básica da Secretaria Estadual de Saúde (SES);
- encontros temáticos organizados em conjunto com CCE, COSEMS, SES;
- participação nas oficinas locais regionais (em parceria com apoiadores do MEC e IES que realizavam a supervisão das atividades dos médicos do provimento emergencial nos municípios).

Até meados de 2014 a maior parte das atividades das RDs eram baseadas na qualificação e na garantia, via gestores municipais da implantação de Equipes de Atenção Básica (EAB) em todos os municípios que haviam recebido médicos via provimento emergencial. Basicamente as atividades das RDs pautava-se em auxílio técnico quanto às diversas modalidades EAB possíveis de implementação, na tentativa de que 100% dos profissionais do PMM estivessem compondo uma equipe, com prioridade à formação de ESF.

Um ponto essencial da estruturação do trabalho da equipe de RDs se dava por meio de reuniões mensais realizadas na sede do Núcleo Estadual do Ministério da Saúde (NEMS) situado na cidade de São Paulo. Nesses encontros era possível compartilhar necessidades territoriais específicas, realizar análise situacional do PMM no estado, planejar intervenções coletivas nas regiões de saúde, construindo a cada encontro um processo de educação permanente da equipe (discussões temáticas e formação compartilhada de temas como: e-SUS, Lei de Responsabilidade Fiscal, Pró-Residência e Política Nacional de Atenção Básica, financiamento do SUS, integração ensino-serviço, construção de materiais de apoio para os gestores municipais, entre outros).

Naquele momento a organização do modelo de atenção a partir da formação de ESF nas unidades de saúde, estava intimamente ligada à necessidade de compor serviços de saúde mais qualificados para implantação futura de programas de RMGFC em tais municípios. É possível considerar que tal afirmação foi reforçada pela publicação da Resolução nº 1 pela Secretaria de Educação Superior/MEC em maio de 2015, regulamentando os requisitos mínimos dos programas RMGFC: carga horária de atuação nas UBS; perfil de competências a ser desenvolvido no âmbito da medicina de família; estrutura física com garantia de espaço para atuação dos residentes, entre outros (BRASIL, 2015).

As principais solicitações dos gestores municipais para as RDs vinculavam-se às dificuldades geradas pela: ausência de equipe técnica qualificada para a gestão da atenção básica; a periódica troca de gestores municipais comprometendo a estruturação das EAB devido à instabilidade política para o cumprimento das ações planejadas; dúvidas sobre as etapas necessárias para implantação de novos programas de residência em saúde (legislações, sistemas de informação, etc.) e possibilidade de parcerias com as IES.

Após esse momento de aproximação com as gestões municipais, tendo como base a estruturação da atenção básica em cada localidade e sua relação com o PMM, a agenda das RDs passou a assumir um caráter mais regional, na composição da pauta sobre o eixo formação - Residências em saúde.

Abordar o PMM priorizando o eixo formação, no final de 2014 e durante o ano de 2015, foi um processo favorecido pelo vínculo criado entre as referências e secretarias municipais de saúde. Esse processo trouxe, de certa forma, uma nova perspectiva de interação entre MS e municípios: com ampliação de escuta para as necessidades/possibilidades municipais para o fortalecimento de uma rede formadora de profissionais para o SUS, tendo como ponto inicial a qualificação da formação médica. Franco¹³ destaca a importância de considerar o SUS como o lócus singular de formação do profissional da saúde:

O SUS, pela dimensão e amplitude que tem, a capilaridade social e a diversidade tecnológica presente nas práticas dos trabalhadores, aparece na arena dos processos educacionais de saúde como um lugar privilegiado para o ensino e aprendizagem, especialmente os lugares de produção da saúde, o “chão de fábrica” do SUS, lugar rico de ação criativa dos trabalhadores e usuários. Educar “no” e “para o” trabalho é o pressuposto da proposta de Educação Permanente em Saúde. No SUS, os lugares de produção de cuidado são, ao mesmo tempo, cenários de produção pedagógica, pois concentram as vivências do cotidiano, o encontro criativo entre trabalhadores e usuários. (FRANCO, 2007, p.433).

Todavia, é importante considerar que no PMM foram sendo estruturadas aproximações importantes entre gestores municipais de saúde com as IES (públicas e privadas). Essa aproximação sempre foi considerada como essencial, já que as IES e o MEC são as instituições tradicionalmente responsáveis pela formação de profissionais da saúde, no âmbito das graduações e pós-graduações. E a cada etapa ficava mais claro que essa aproximação era uma das finalidades das ações do PMM: a ampliação de relações e a construção de projetos formativos com estabelecimento de parcerias interinstitucionais. Essa percepção por sua vez, está intimamente ligada com o que Ceccim e Feuerwerker (2004) abordam sobre as relações entre instituições no âmbito da formação para o SUS:

A interinstitucionalidade e a locoregionalização expressam a diversidade de atores sociais envolvidos no processo da educação permanente, quer seja como dirigentes, profissionais em formação, trabalhadores, usuários das ações e serviços de saúde ou estudantes. A partir deles é que se podem definir as exigências de aprendizagem em cada equipe, serviço e esfera de gestão. [...] Articulações interinstitucionais precisam ser providenciadas e apoiadas pelo SUS, para que a educação permanente em saúde constitua espaços de planejamento, gestão e mediação. É ainda para que as diretrizes políticas de ordenação da formação na área da saúde se materializem de forma agregadora e com direcionalidade pelo interesse público, em sintonia com as peculiaridades locoregionais. (CECCIM e FEUERWERKER, 2004, p.52-3)

As estratégias utilizadas pelas RDs para articulação dessa pauta, durante o ano de 2015, foram construídas e intensificadas *pari passu* com a publicação de editais de financiamento de novas bolsas-formação, pelo MS, para residências prioritárias (incluindo a MGFC). E conforme apontado por Storti *et al.* (2017), traduziam um momento propício para articulação entre municípios, o fortalecimento da atenção básica e das IES na abertura de novos programas de residência e ampliação de vagas para programas já existentes:

A combinação das iniciativas municipais com políticas federais de gestão do trabalho, da educação na saúde e de expansão da Atenção Básica aponta para um momento ímpar para a Residência de Medicina de Família e Comunidade, ainda mais considerando que a Lei 12.871 inseriu a RMFC como o caminho desejável para uma formação sólida do futuro médico especialista na Atenção Básica. Isso posiciona o Brasil com outros países que entenderam que a regulação da formação de recursos humanos é um tema sensível para quem defende sistemas universais de saúde. (STORTI *et al.*, 2017, p.1309).



Detalha-se abaixo as etapas planejadas para ações desdobradas durante o ano de 2015 no estado:

- Levantamento dos programas existentes e vagas totais de RMGFC já existentes no estado (disponibilizado por área do DEPREPS que fazia articulação direta com a Comissão Nacional de Residência Médica - CNRM);
- Levantamento de municípios com potencial para proposição de novos programas de RMGFC, considerando como maior potencial os municípios que haviam completado a implantação de ESF a partir do provimento emergencial e com processos de trabalho já estruturados a partir das diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica;¹⁶
- Programação de reuniões mensais com apoiadores institucionais do MEC para formulação de atividades conjuntas estaduais e nas regiões de saúde, que se desdobraram em duas oficinas estaduais no segundo semestre de 2015:
 - Oficina estadual sobre eixo formação do PMM, ampliação de vagas de RMGFC por gestores municipais e parcerias com IES via COAPES;
 - Oficina estadual com IES e municípios que declararam interesse na abertura de novos programas de RMGFC sobre como elaborar projeto de residência e orientações sobre como utilizar os sistemas de informação sobre residências em saúde do MEC e do MS.
- Abertura de pauta com Diretorias Regionais de Saúde sobre o COAPES, a partir de agendas conjuntas periódicas com os municípios, os Núcleos Regionais de Educação Permanente e Humanização (NEPH) e o COSEMS. Os encontros eram fundamentados principalmente na abordagem sobre implicações estruturais e financeiras para os municípios que propusessem programas de RMGFC, bem como planejamento de etapas indispensáveis para a implantação.

Nesse mesmo ano, a equipe de RDs elencou 54 municípios no estado de São Paulo, para os quais intensificou-se conversas sobre a implantação de novos programas de RMGFC e a ampliação de vagas de programas de residência médica já existentes. Foram eles: Araraquara, Arujá, Barretos, Bauru, Botucatu, Bragança Paulista, Campinas, Carapicuíba, Cruzeiro, Cubatão, Diadema, Embu das Artes, Embu-Guaçu, Ferraz de Vasconcelos, Fernandópolis, Franca, Franco da Rocha, Guarujá, Guarulhos, Indaiatuba, Itapeçerica da Serra, Itapetininga, Itapeva, Itapeví, Itapira, Ituverava, Jaguariúna, Jacaréí, Jaú, Jundiá, Marília, Mauá, Limeira, Mogi das Cruzes, Osasco, Ourinhos, Praia Grande, Presidente Prudente, Rio Claro, Ribeirão Preto, Santo André, Santos, São Bernardo do Campo, São Carlos, São José de Rio Preto, São Miguel Arcanjo, São Luís do Paraitinga, São Roque, São Sebastião, São Paulo, Sorocaba, Taubaté e Votuporanga.

Cabe ressaltar que os municípios listados acima foram elencados pelas RDs a partir de percepções construídas ao longo de sua relação como referência técnica para cada localidade e por terem avançado na estruturação da atenção básica municipal, via ESF e a partir do eixo provimento emergencial. Tal análise sustentou ações específicas no estado para apoiar, dentre os 54 municípios, àqueles que realmente demonstrassem interesse em serem instituições proponentes de programas de RMGFC com ou sem parceria com IES, e que aderissem às regras de editais específicos para financiamento de bolsas-formação para os residentes.

Resultados parciais

A partir das iniciativas apresentadas anteriormente foi possível perceber que durante o período citado de atuação das RDs, pelo menos 380 municípios no estado foram visitados presencialmente (todos os municípios que aderiram ao provimento emergencial do PMM), tendo como foco a estruturação das EAB. Cabe ressaltar que de 2014 a 2015 o estado de São Paulo teve ampliação de pelo menos 1290 equipes de ESF, representando valores superior ao período anterior de 2010 a 2013 (533 equipes) (ALESSIO, 2015).

Acredita-se que a aproximação das RDs com os municípios via comunicação cotidiana com equipes técnicas das SMS, sobre dúvidas de como realizar a implantação de novas equipes e sobre as diretrizes para inserção dos profissionais do provimento emergencial no contexto das unidades de saúde, possa ser um dos fatores que favoreceu a implantação das EAB com menos entraves no que se refere às especificações provenientes do próprio MS para esse processo.

Em conjunto à ampliação de ESF, no final de 2015 houve solicitação de credenciamento de 19 novos programas de RMGFC, por 19 novas instituições municipais, resultando em abertura de 209 vagas de primeiro ano para RMGFC no estado de São Paulo. Outras quatro instituições com programas já existentes solicitaram ampliação de 39 vagas em seus respectivos PRMGFC (ALESSIO, 2015).

O movimento para expansão de vagas de RMGFC apresentado resultou em concessão de bolsas-formação para novos programas de MGFC em regiões com municípios do interior do estado, como por exemplo: Ipuá, Jacaré, Olímpia, Ribeirão Preto e Rio Claro; ou mesmo em regiões sem outros PRMGFC, como na Baixada Santista com criação de novo programa no município de Praia Grande (ALESSIO, 2015; STORTI, *et. al.*, 2017).

Há que se considerar que houve grandes desafios para as conversas sobre a implantação de programas de residência médica nas regiões de saúde que não possuíam faculdades de medicina em seu território (em 2015) ou experiências de formação de profissionais do SUS vinculados às residências em saúde, como era o caso da região Rota dos Bandeirantes (da área metropolitana do estado, composta por 7 municípios e bastante populosa) e região do Vale do Ribeira (composta por 14 municípios e considerada a mais vulnerável do estado). Nessas localidades a parceria entre RDs e IES para conversas periódicas com gestores municipais trouxe mais segurança aos gestores devido à abordagem inicial sobre a conformação da rede de serviços municipais de saúde enquanto rede formadora e necessária aos currículos de graduação e pós-graduação de medicina pelas instituições de ensino, com aproximações ainda iniciais às diretrizes do COAPES.

Considerações finais

As atividades de integração entre o eixo de provimento emergencial e de formação abordadas nesse relato de experiência apontam, de certa forma, a importância de que os canais de comunicação e de diálogo periódico entre instituições esteja aberto e programado. Nesse sentido a presença das RDs no território (municípios, regiões de saúde) favoreceu a articulação interinstitucional, assim como o apontamento de necessidades locais para o nível federal. Esse processo se deu no eixo do provimento emergencial, com foco à estruturação das EAB nos municípios, e também trouxe potência para “criação de enredos” mais amplos sobre os PRMGFC no estado. Todavia, assim como apontado por Franco¹³ a integração entre ensino e serviços de saúde pressupõe intencionalidades e de certa forma um olhar longitudinal para o processo de transformação/formação dos diversos atores que o compõem:

A idéia geral de tratar a educação como dispositivo contribui para compreender sua função estratégica na mudança das práticas de cuidado, sobretudo, na transição tecnológica na saúde (Franco, 2003). Posições essas, desde sempre, reivindicadas por aqueles que lutam por um serviço de saúde centrado nas necessidades dos usuários (Malta *et al.*, 1998). Uma prática educacional - como a que se propõe aqui - se coloca na perspectiva libertária, com sentido claro de imprimir transformações nos sujeitos e no SUS. Os cenários de produção do cuidado, como cenários de produção pedagógica, ressignificam a educação na saúde e colocam-na para além da relação ensino-aprendizagem, mas no âmbito dos agenciamentos de cognição e subjetivação, com o sentido de criar grupos-sujeito capazes de assumir para si o protagonismo, sob certa intencionalidade, que determina o desenvolvimento do SUS. (FRANCO, 2007, p.435).

Nesse sentido, as experiências relatadas caminharam por uma linha bastante inicial de apoio aos gestores, estruturada basicamente na busca pela potência de cada município e região de saúde. Em que fosse possível, a partir da própria realidade, desenhar projetos pedagógicos dos PRMGFC, envolvendo suas próprias redes e o um quadro inicial de profissionais para o exercício da preceptoria, com tentativas de que pudessem também



contar com apoio do governo federal para estruturação de todos esses pontos. De certa forma, tal processo corrobora com o que Alessio²¹ apontou nas considerações finais da análise realizada sobre a implantação do PMM no país:

Além do mais, importantes desafios deverão ser enfrentados para a ampliação de vagas de residência de qualidade, como a necessidade de investimento em campo de prática adequado, formação de preceptores em número que atenda à expansão prevista, e política de valorização desta competência pedagógica. Para isso, o ajuste fino entre as três esferas administrativas se fará cada vez mais imprescindível. (ALESSIO, 2015, p.81).

Por fim, a integração inicial entre os eixos, possibilitou às RDs, transitar pelas singularidades regionais/municipais, acessando diversos contextos estruturais, financeiros dos municípios, interesses políticos, etc. Todavia percebe-se que a inclusão dessas singularidades na estruturação de uma rede formadora, que planeja de forma mais aprofundada o provimento de profissionais, continua sendo um grande desafio na relação entre a gestão do SUS (em seus diversos níveis) e as instituições de ensino formadora de profissionais de saúde.

Referências:

ALESSIO M. M. **Análise da implantação do Programa Mais Médicos** [dissertação]. Brasília (DF): Universidade de Brasília; 2015.

BRASIL. **Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013**. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Diário Oficial da União, 23 Out 2013.

BRASIL. Ministério da Educação. **Resolução nº 1 de 25 de maio de 2015**. Regulamenta os requisitos mínimos dos programas de residência médica em Medicina Geral de Família e Comunidade - R1 e R2 e dá outras providências. Diário Oficial da União, 26 Mai 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Nota Técnica DAB** [internet]. 2018. [acesso em 14 jan 2018]; Disponível em: <http://dab2.saude.gov.br/sistemas/notatecnica/frmListaMunic.php>.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Histórico Cobertura Saúde da Família (SF) por Unidade Geográfica** [internet]. 2016. [acesso em 21 fev 2016]; Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Programa mais médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde; 2015a.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde. **Solicitações de credenciamento provisório junto à CNRM e adesão ao edital nº1 de agosto 2015 para bolsa-formação**. Brasília; 2015. (relatório não publicado)

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Informática do SUS. **Relatório de municípios e profissionais ativos no estado de São Paulo via Sistema de Gerenciamento de Programas - Mais Médicos**. Brasília; 2015c. (relatório não publicado)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.124 de 4 de agosto de 2015**. Institui as diretrizes para a celebração dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES), para o fortalecimento da integração entre ensino, serviços e comunidade no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, 5 Ago 2015b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 124, de 10 de março de 2016**. Divulga lista dos Programas de Residência Médica que farão jus ao recebimento de bolsa nos termos do Edital GM/MS no 1, de 4 de agosto de 2015, e retifica a Portaria SGTES/MS no 42, de 29 de janeiro de 2016. Diário Oficial da União, 11 Mar 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.921, de 28 de novembro de 2013**. Dispõe sobre a constituição das Comissões Estaduais e Distrital do Projeto Mais Médicos para o Brasil e institui incentivo financeiro de custeio para a manutenção e execução de suas atividades para os próximos 12 (doze) meses a contar da data de repasse do incentivo financeiro pelo Fundo Nacional de Saúde. Diário Oficial da União, 29 Nov 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 42, de 29 de janeiro de 2016**. Aprova a primeira publicação do financiamento de bolsas de Residência Médica pelo Ministério da Saúde para as vagas que obtiveram autorização da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM/MEC). Diário Oficial da União, 1 Fev 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Departamento de Atenção Básica; 2012.

CECCIM R. B.; Feuerwerker L. C. M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

DIAS H. S.; Lima L. D.; Teixeira M. A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro v. 8, n. 6, p.1613-1624, 2013.

Franco T. B. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, São Paulo, v.11, n.23, p.427-38, set/dez 2007.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Projeções e estimativas da população do Brasil e das Unidades da Federação** [internet]. 2018 [acesso em 14 jan 2018]; Disponível em: <https://ww2.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>.

PEREIRA I. B. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2a ed. Rio de Janeiro: EPSJV; 2008.

São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde. **Deliberação CIB 64, de 20 de setembro de 2012**. Atualiza e aprova o desenho regional do estado, passando a ter 63 Regiões de Saúde e respectivos Colegiados de Gestão Regional - CGR ou Comissões Intergestores Regionais - CIR. Diário Oficial do Estado, 21 Set 2012.

Seixas P. H. D.; Corrêa A. N.; Moraes J.C. Migramed - Migração Médica no Brasil: tendências e motivações. In: Pierantoni CR, Dal Poz MR, França T (org.). **O Trabalho em Saúde: abordagens quantitativas e qualitativas**. 1a ed. CEPESC – UERJ: Rio de Janeiro, 2011, p. 133-150.

Storti M. M. T.; Oliveira F. P.; Xavier A.L.; A expansão de vagas de residência de Medicina de Família e Comunidade por municípios e o Programa Mais Médicos. **Interface (Botucatu)**, São Paulo, v. 21, supl. 1, p. 1301-13, 2017.



CAPÍTULO 4

ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: O PLANEJAMENTO EM EQUIPE E A FORMAÇÃO EM SAÚDE COMO COMPONENTES FUNDAMENTAIS PARA A GESTÃO⁴

Daniela Savi Geremia

Ianka Cristina Celuppi

Jéssica Ferreira

Eleine Maestri

“Os Estados podem desempenhar papel decisivo, com a condição de que aceitem, em razão do próprio interesse, abandonar a sua soberania absoluta acerca de todos os grandes problemas de utilidade comum e, sobretudo, dos problemas que ultrapassam sua competência isolada”

Edgar Morin

Este texto apresenta um debate teórico que subsidia o relato de experiência do projeto de extensão universitária intitulado “Formação em gestão pública no SUS: ênfase no financiamento e planejamento dos serviços de saúde”, institucionalizado na Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) *campus* Chapecó, a partir do edital nº 804/2015. A realização do projeto se deu em parceria da UFFS com a Associação dos Municípios do Oeste Catarinense (AMOSC), as Agências de Desenvolvimento Regional (ADR) de Chapecó, Palmitos e Quilombo e a Comissão de Integração Ensino e Serviço (CIES) da macrorregião Oeste. Possui como objetivo analisar os processos de organização do Sistema Único de Saúde (SUS) sob a ótica do planejamento e da formação profissional enquanto componentes fundamentais na gestão de ações e serviços de saúde.

Frente as fragilidades financeiras e técnicas e a escassez de estratégias conjuntas para o enfrentamento das dificuldades encontradas pelos gestores no planejamento do SUS, este texto justifica-se por refletir sobre a presença decisiva do Estado para formulação de políticas de saúde e instituição de um sistema compatível com a realidade brasileira.

As ações e serviços de saúde são de responsabilidade dos três níveis de governo, que devem exercê-la de acordo com os dispositivos legais e normativos, possibilitando a organização, funcionamento e avaliação do sistema de saúde. Nesse sentido, pretende-se contribuir para a compreensão de fatores relativos à organização federativa brasileira que interferem nas relações e decisões dos gestores do SUS, influenciando na gestão do trabalho das equipes, frente às capacidades de implementação do planejamento das políticas públicas de saúde. Busca-se destacar alguns obstáculos e potencialidades institucionais e das relações com equipe multiprofissional no uso dos instrumentos de planejamento a partir da experiência extensionista com os gestores do SUS, reforçar o papel da extensão universitária na formação de profissionais engajados com a realidade do SUS e contribuir com a cooperação nas relações interfederativas governamentais.

⁴ Este capítulo contém partes da dissertação de mestrado intitulada “Financiamento público de saúde: estudo de caso de um município da região metropolitana do Rio de Janeiro”, desenvolvida sob orientação da Prof^a Dr^a Fátima Teresinha Scarparo Cunha e defendida em 2011, no Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), Rio de Janeiro.

Organização federativa brasileira e o sistema público de saúde brasileiro

O SUS representa uma conquista por sua associação ao processo de redemocratização do país, que determinou novos rumos às políticas públicas sociais e transformou os governos municipais nos principais responsáveis pela oferta de ações e serviços de saúde.

Segundo Watts (1996), o termo “*federal political system*” refere-se a uma “ampla de categoria de sistemas políticos na qual, em contraste com os sistemas unitários, em que há uma única fonte de autoridade, existem dois (ou mais) níveis de governo que combinam elementos de regras compartilhadas (*shared-rule*) e auto-regulação regional (*regional self-rule*) para os governos das unidades constitutivas”. São mecanismos pelos quais os entes federativos estabelecem suas regras de autogoverno e delimitam as ações do poder dos outros níveis de governo. Cada sistema governamental molda suas formas peculiares de relações intergovernamentais, de maneiras cooperativas e competitivas que são baseadas na negociação/pactuação entre os diferentes níveis governamentais.

Para Elazar (1987), o “federalismo é um princípio ou valor que permeia os sistemas políticos federativos e que diz respeito à necessidade das pessoas e das unidades políticas de se unirem para atingirem objetivos comuns e ainda assim, se manterem separadas para preservar suas respectivas integridades”.

O federalismo, em sua forma original, “caracteriza-se pela não-centralização, isto é, pela difusão dos poderes de governo entre muitos centros” (ALMEIDA, 1996, p.14). As relações entre federalismo e descentralização não são simples, quer do ponto de vista conceitual, quer do ponto de vista do funcionamento. Bobbio (2004), entende que um Estado é centralizado quando “a quantidade de poderes das entidades locais e dos órgãos periféricos é reduzida ao mínimo indispensável, a fim de que possam ser considerados como entidades subjetivas de administração”. Para este autor, a descentralização existe quando “os órgãos centrais do Estado possuem o mínimo de poder indispensável para desenvolver suas próprias atividades” (BOBBIO, 2004, p. 330). Ainda que o federalismo geralmente venha acompanhado da descentralização, isto é, de maior autonomia entre os membros da federação, a descentralização não é uma condição necessária nem suficiente para o federalismo.

Para diferenciá-lo de outros processos que envolvem transferência de poder, Abrucio (2004), conceitua descentralização como um processo nitidamente político, circunscrito a um Estado Nacional, envolvendo diferentes instâncias de governo e, por vezes, decorrente da conquista ou transferência de poder a governos sub-nacionais. A descentralização interfere no equilíbrio entre a autonomia e a interdependência das instâncias governamentais e, por isso, necessita de mecanismos de coordenação para o estabelecimento de pactuações e/ou parcerias que sejam aprovadas pelos entes federativos, caracterizando cooperação intergovernamental para melhor funcionamento do sistema. Desse modo, “a descentralização é bem mais complexa, pois envolve jogos de cooperação e competição, acordos, vetos e decisões conjuntas entre níveis de governo” (ABRUCIO, 2004, p.23).

Entende-se que o Estado brasileiro não se organiza de forma puramente centralizada ou descentralizada. Tem-se um processo dinâmico de organização política, administrativa e tributária das esferas governamentais, em função de necessidades de abrandar ou aprofundar tendências, sempre num movimento de ajustes.

A Constituição Federal de 1988 (CF/88) foi amplamente descentralizadora ao garantir autonomia aos entes federados por acreditar que o caminho para garantir cidadania e fortalecer a democracia era a descentralização das ações políticas. No caso da saúde, os municípios em meio às novas atribuições constitucionais, especialmente os de pequeno e médio porte, não dispunham de estrutura qualificada ao atendimento que se pretendia integral, equânime e universal. Os municípios assumiram maiores demandas por ações e serviços de saúde, além da necessidade de pessoal, equipamentos, estrutura organizacional e capacidade de expansão (RODRIGUES, 2003; LIMA, 2006).

Abrucio destaca três obstáculos a esse projeto de descentralização:



“a) a grande maioria dos municípios brasileiros não tem como se auto-sustentar, mesmo recebendo repasse de recursos dos demais níveis de governo. A desigualdade do país e a heterogeneidade de situações no plano local inviabilizam o modelo do municipalismo autárquico. b) há um desnível muito grande entre os governos locais também na configuração administrativa e política. Muitos não têm ainda a capacidade e os quadros técnicos para, sozinhos resolverem os seus problemas de ação coletiva e produção de políticas públicas. Além disso, a democratização local não foi uniforme nem acabou com todos os vícios patrimoniais de nosso sistema político. c) os instrumentos de parceria e cooperação no plano subnacional são reduzidos ou, quando existentes, frágeis institucionalmente [...]” ABRUCIO (2001, p.102).

Este contexto nos faz entender os motivos que levam às dificuldades na implantação efetiva do modelo de descentralização proposto.

Paralelo ao sistema federativo, o novo modelo do sistema de saúde proposto pela CF/88 impactou profundamente a política pública nacional de saúde. Para Marques (1998), devido a maior autonomia dos municípios, implicou no redesenho do sistema da saúde até então existente, na tentativa de estabelecer meios que permitissem a viabilização do SUS, tais como: redefinição de funções políticas e administrativas, responsabilidades, competências e novos mecanismos de financiamento.

A descentralização das políticas sociais nos anos 1990, especialmente a da saúde, adquiriram papel importante na agenda pública brasileira. Porém, não havia um projeto coordenado de descentralização por parte do governo federal, delimitando as responsabilidades de cada esfera de governo. Desta forma, O SUS impõe modificações constantes no papel das esferas de governo, exigindo uma forma particular de relacionamento entre elas, de tal modo que sejam asseguradas a integração, a regionalização e a hierarquização das ações e dos serviços de saúde (MENDES, 2005).

Planejamento como componente fundamental da gestão do SUS: o trabalho em equipe como propulsor da cooperação local

O processo de descentralização brasileira transformou os governos municipais nos principais responsáveis pela oferta de ações e serviços de saúde, conferindo-lhes autonomia político-administrativa-fiscal. A descentralização proposta pela CF/88 é percebida por Abrucio (2004) como um processo político, que interfere no equilíbrio entre a autonomia e a interdependência das instâncias governamentais e, por isso, necessita de mecanismos de coordenação para o estabelecimento de pactuações e/ou parcerias que sejam aprovadas pelos entes federativos, caracterizando a cooperação intergovernamental para melhor funcionamento do sistema.

Considera-se o planejamento como um instrumento de gestão que permite a tomada de decisões solidária às três esferas de gestão do SUS, analisando as prioridades e investimentos referentes a organização da rede de serviços, a fim de aprimorar métodos e estratégias para atingir as premissas do sistema de saúde.

No decorrer da implementação do SUS diversas normativas foram publicadas no intuito de operacionalizá-lo. Conforme as diretrizes do Ministério da Saúde, o planejamento deve ser organizado como uma estratégia de atuação contínua, integrada e articulada. O planejamento na saúde pública atende a diversos fundamentos legais explícitos na CF/88, nas leis nº 8.080/1990 e 8.142/1990, nas Normas Operacionais Básicas (NOB), nas Normas Assistenciais à Saúde (Noas), no Pacto pela Saúde de 2006 e no Decreto 7.508/2011 (Brasil, 2009), que propuseram instrumentos de planejamento e pactuação interfederativa, a exemplo da Programação Pactuada Integrada (PPI), Plano Diretor de Regionalização (PDR), Plano Diretor de Investimentos (PDI), Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP), dentre outros.

Um dos grandes desafios do planejamento consiste em desenvolvê-lo coletivamente, estimulando a participação dos diversos atores envolvidos na gestão do SUS. Pode-se perceber duas principais categorias de organização do planejamento em saúde: o normativo e participativo. O primeiro modelo prevê a decisão centrada no gestor e na equipe gestora, e a execução das tarefas fica a cargo dos demais envolvidos no processo.

Já o planejamento participativo, mobiliza e envolve todos os indivíduos inseridos no processo de trabalho, atuando coletivamente e gerindo conflitos a partir da construção de consensos que desencadeiam avanços na gestão (GIL; LUIZ; GIL, 2016). Desta forma, Ferreira *et al.* (2018), questiona: “[...] o planejamento está subordinado à gestão ou a gestão está subordinada ao planejamento? [...]”. Os autores concluem que o planejamento deve nortear as decisões em saúde, tornando a gestão condicionada à prática do planejamento.

Nas últimas décadas, houve grande centralização de poder da União na elaboração de normas e diretrizes para a saúde, que por vezes não consideram as diversidades sociais, econômicas, culturais e ambientais existentes nos municípios brasileiros. Frente ao desafio de aprimorar o SUS, não bastam excelentes instrumentos de planejamento, é necessário constituir arranjos entre municípios no intuito de estruturar uma rede regionalizada de serviços, com políticas públicas mais articuladas e definição de prioridades sanitárias e financeiras que atendam às necessidades de municípios afins. No entanto, tem-se percebido a realização de planejamentos focalizados e provisórios, que desconsideram o contexto regional (CONTEL, 2015; GEREMIA *et al.*, 2016).

O estudo sobre planejamento em saúde de Ferreira *et al.* (2018) realizado com gestores da região oeste catarinense aponta que nem sempre os profissionais de saúde participam da programação das ações e serviços à nível municipal, atribuindo tal ausência à sobrecarga de trabalho nas atividades assistenciais, o que implica em pouca disponibilidade de tempo para a gestão compartilhada e participativa. Por conseguinte, a falta de recursos financeiros para a contratação de profissionais acarreta em sobrecarga de trabalho e falta de tempo para reuniões e planejamento em equipe, o que colabora para a ausência do grupo de trabalho nos processos decisórios.

Desenvolvimento de atividades extensionistas com atores da gestão pública do SUS no Oeste de Santa Catarina

No Estado de Santa Catarina os municípios são divididos em 36 ADR's, que realizam função administrativa e estruturam as gerências regionais de saúde. O projeto de extensão contemplou os municípios das ADR's de Chapecó, Quilombo e Palmitos, que são constituídas por vinte e cinco municípios da região oeste catarinense: São Carlos, Chapecó, Nova Erechim, Águas de Chapecó, Formosa do Sul, Quilombo, Coronel Freitas, Palmitos, União do Oeste, Águas Frias, Guatambu, Riqueza, Caxambu do Sul, Irati, Santiago do Sul, Cunha Porá, Pinhalzinho, Cunhataí, Caibi, Jardinópolis, Serra Alta, Cordilheira Alta, Nova Itaberaba, Sul Brasil e Planalto Alegre.

A região oeste catarinense apresenta um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) considerado alto se comparado às outras regiões do país, variando de 0,790 a 0,691, com média de 0,735. Este território é caracterizado, em sua maioria, por municípios de pequeno porte, com média populacional de 4.940 habitantes, sendo o menor Santiago do Sul, com 1.317 habitantes, e o maior, Chapecó, com 213.279 munícipes (IBGE, 2017). O município de Chapecó é conhecido como polo econômico do oeste catarinense, sendo referência para diversas ações e serviços em saúde. Considerando a disparidade existente entre os municípios da região na oferta de serviços, o planejamento em saúde torna-se um desafio.

No projeto de extensão intitulado “Formação em gestão pública no SUS: ênfase no financiamento e planejamento dos serviços de saúde” foram realizadas três oficinas com as temáticas de I – Planejamento em Saúde; II – Financiamento do SUS; III – Redes de Atenção à Saúde, totalizando quarenta e oito participantes que perfizeram trinta horas de atividades.

O público-alvo das oficinas foram os secretários municipais de saúde e coordenadores de serviços do SUS. As oficinas ocorreram durante o período de setembro a novembro de 2015 e foram organizadas por acadêmicas e docentes dos cursos de Enfermagem e Medicina da UFFS, conduzidas por tutoras selecionadas pela CIES. No que diz respeito ao perfil dos gestores participantes, percebeu-se que grande parte não apresentava formação na área da saúde, possuindo experiência nas áreas de agricultura, contabilidade, licenciatura e administração.



Destes, grande parte já havia exercido outro cargo na prefeitura.

A abordagem utilizada nos encontros visou associar o conhecimento teórico com a prática profissional, além de estimular o pensamento crítico-reflexivo nos gestores e a construção da coletividade intermunicipal. Desta forma, foram desenvolvidas estratégias facilitadoras do ensino-aprendizagem, rodas de conversa e metodologias que possibilitaram a troca de experiências entre os participantes sobre as temáticas abordadas.

Nas formações, inicialmente os gestores relataram suas principais dúvidas e motivações sobre o planejamento em saúde, com o intuito de direcionar a atividade para atender suas demandas. A partir disto, foram expostas formas de organização das ações e da programação local de saúde, discutiu-se a utilização do planejamento estratégico situacional, foram estudados os instrumentos básicos de planejamento como o Plano Municipal de Saúde (PMS) e o Relatório Anual de Gestão (RAG) e a utilização do PlanejaSUS como ferramenta de gestão.

Outra atividade realizada consistiu na construção de uma matriz operativa, que buscava esquematizar o planejamento em saúde a partir de tópicos organizacionais, como: problema a ser enfrentado; objetivo específico; ação a ser tomada; estratégias; metas; definição de orçamento; equipe ou setor responsável; e prazo para efetivação da proposta. Também foi utilizada a estratégia da “árvore do problema”, onde elencou-se a causa de um obstáculo considerando a estrutura de uma árvore, então definiu-se a sua raiz como o fator desencadeante, o tronco representou os problemas e a copa da árvore reproduziu as implicações do obstáculo inicial. Essa metodologia retratou as dificuldades encontradas pelos gestores, instigando a atenção para a causalidade dos problemas e sua interferência no planejamento efetivo.

Por fim, separou-se os gestores em pequenos grupos, nos quais foram sinalizados avanços e dificuldades encontrados no planejamento da gestão pública municipal. A partir dos debates realizados, foram definidos eixos estratégicos que representam os avanços alcançados e as dificuldades que precisam ser enfrentadas pela gestão do SUS, como mostra o Quadro 1.

Quadro 1 – Avanços e dificuldades do planejamento na gestão do SUS

Eixos Estratégicos	Avanços	Dificuldades
Financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS)	Incentivos destinados a implementação de programas, repasse de verbas fundo a fundo;	Recursos predestinados e inflexíveis, baixa autonomia dos municípios no planejamento financeiro;
Descentralização político-administrativa-fiscal e regionalização dos serviços	Criação das Comissões Intergestores (CIR, CIB, CIT);	Rotatividade dos gestores, pouco conhecimento técnico e comprometimento com a gestão do SUS;
Gestão e Organização do Sistema	Maior regulação da gestão e oferta de ações e serviços;	Baixa efetividade e capacitação dos gestores;
Recursos Humanos	Aumento da capacidade técnica, formação de profissionais voltados para o SUS;	Pouco comprometimento e disponibilidade dos profissionais com o planejamento dos serviços e sistema de saúde, baixa valorização dos trabalhadores da saúde;

Fonte: Elaboração das autoras (2018).

O Quadro 1 apresenta um quadro síntese dos debates e apontamentos relatados pelos participantes das oficinas. Ao observar as maiores dificuldades retratadas, percebe-se a concentração destas no âmbito da formação de profissionais qualificados para abranger a totalidade dos processos de trabalho, destacando o debate sobre planejamento e gestão do trabalho conjunto em saúde como um desafio para a articulação

entre trabalhadores, gestores e academia, contribuindo para o desenvolvimento de políticas de educação permanente, formação de equipes para a organização e fortalecimento do SUS na região oeste catarinense.

As atividades desenvolvidas estimularam os processos de decisões conjuntas e fomentaram discussões sobre a gestão pública do SUS, distribuição de recursos físicos, financeiros e humanos considerando a capacidade instalada, visando maior eficiência e efetividade. O processo de tomada de decisão como etapa do planejamento precisa considerar os arranjos e processos concretos da implantação das políticas públicas em nível regional. Desta forma, foi possível contribuir com as demandas dos gestores locais por momentos de aperfeiçoamento e formação, possibilitando o crescimento profissional e acadêmico.

A extensão universitária na formação do profissional da saúde: caminho para fortalecimento do SUS

Apesar das dificuldades do sistema federativo brasileiro em implementar um sistema de saúde universal, os espaços de debates e articulação entre ensino, serviço e gestão podem ser potencializadores de arranjos organizacionais que auxiliem na definição de objetivos comuns, que superem a crise do federalismo competitivo para um pacto cooperativo e redutor das desigualdades em saúde. Destarte, ao refletirmos com os gestores, trabalhadores do SUS e com docentes e acadêmicos sobre as experiências de planejamento e gestão, emergiu o seguinte questionamento: Qual o papel da universidade pública na formação de profissionais de saúde? Como pode-se formar profissionais que valorizem os processos de trabalho em equipe?

Na concepção de Darcy Ribeiro (1975), a universidade tem a função de transformar a sociedade ao seu entorno, estando indissociada da criação de uma consciência crítica cidadã transformadora. Deste modo, reflete-se sobre a função da universidade e o pensamento darcyaniano: a universidade é necessária para quê? E para quem?

Isto jamais se conseguirá, como destacamos, despolitizando a universidade e, sim, contrapolitizando-a para que sirva aos interesses da grande maioria. Haverá resistências de todo tipo. Resistência ideológica, em nome dum falaz neutralidade das ciências, solenes advertências de que a abertura da universidade ao povo implicará, fatalmente, uma queda de nível de eficácia técnica e científica dos futuros egressos, reiterações dramáticas sobre a necessidade de manter postura supostamente na Universidade, para que possa cumprir suas funções (RIBEIRO, 1975, p. 267).

A principal questão que deve nortear os processos formativos da universidade está relacionada à formação de profissionais de saúde comprometidos técnica e politicamente com o desenvolvimento local e regional em defesa do SUS. Considera-se que os problemas e desafios para a consolidação do SUS são os mesmos em diferentes espaços assistenciais e de gestão da saúde, e um ponto que emerge deste panorama é o papel da universidade, não só na formação acadêmica, profissional e intelectual dos estudantes – futuros profissionais do SUS, mas como coadjuvante da melhoria do serviço de acordo com as necessidades do território e de sua população, para além das necessidades de saúde.

Fernandes e Rebouças (2013) apontam essencialidade em rever o discurso da teoria anteceder a prática, para que haja a articulação entre teoria e prática na construção do conhecimento; bem como romper com entraves institucionais que enalteçam a rigidez curricular. Estas prerrogativas parecem simples ao se descrever, no entanto demandam de esforço conjunto de discentes e docentes com ações que desacomodam as duas classes. Os avanços se constituem em fruto da mudança paradigmática na contemporaneidade, e envolvem a adoção da visão pluralista do ensino para integrar bases biológicas e sociais e articular pesquisa, ensino e extensão que, desta forma, aproxima teoria e prática nos diversos cenários de atenção à saúde. Os acadêmicos percebem o início do desenvolvimento de sua autonomia e responsabilidade profissional quando iniciam as vivências nas atividades de prática do curso, sejam elas, estágios, visitas técnicas, atividades práticas, projetos de extensão, projetos de pesquisa, programas de monitorias e ligas acadêmicas.



Nesse contexto, as atividades realizadas em sala de aula, onde prevalecem os posicionamentos passivos e os discentes adotam postura de ouvintes e “receptores” do conhecimento do professor, não parecem contribuir significativamente na formação dos mesmos. A inserção em contextos reais de trabalho promove a ressignificação de percepções acerca do trabalho em saúde, motivando o estudante a desenvolver competências e habilidades, bem como assumir o compromisso com a vida do outro. As experiências de projetos de extensão proporcionam a aquisição de uma visão ampliada de mundo, pois propiciam a aproximação com a realidade social das comunidades, estimulando a reflexão sobre necessidades emergentes e incorporação de novas abordagens em saúde e de tecnologias educacionais (JORGE, 2015).

Por isso, destacam-se cursos que apostam na articulação ensino-serviço e oportunizam a inserção em projetos de pesquisa e de extensão desde as fases iniciais do curso, otimizando o processo ensino aprendizagem crítico-reflexivo. Neste sentido, acredita-se que a realização de atividades que integrem ensino, pesquisa e extensão trarão benefícios a um grupo maior de estudantes. Isto porque, para se ter uma visão generalista dos cuidados em saúde, é necessário mobilizar arcabouços teóricos e conhecimentos para efetivar atividades realizadas em resposta às demandas de saúde da comunidade.

Neste íterim, a vivência extracurricular preenche possíveis lacunas existentes no ensino, ampliando competências, e visualizando de maneira integral os conflitos e contradições da realidade, que por vezes não são abordados suficientemente nas aulas teóricas. Assim, a articulação entre ensino, pesquisa e extensão é considerada ponto positivo da graduação, associando saberes e práticas ao longo do curso (BARLEM *et al*, 2012).

As atividades de pesquisa e extensão constituem um suporte para a realização de ações que qualificam o ensino. Assim, acredita-se que as atividades de extensão devem ser incluídas nos currículos dos cursos de graduação da saúde, incluindo nos planos de ensino espaços para a discussão e reflexão sobre as políticas públicas de saúde enfatizando as necessidades epidemiológicas, realizando discussões e reflexões entre os componentes curriculares para a abordagem transversal dos aspectos que envolvem a intensificação da integração ensino, serviço e comunidade para além das atividades de estágio, pesquisa e extensão fortalecendo o vínculo e alcançando a transformação dos espaços (MAESTRI, 2016).

Considerações finais

O SUS tem uma demanda intensa de profissionais técnicos e gestores para pensar, planejar e operacionalizar o sistema de saúde. Atualmente, os governos federal, estaduais e municipais na saúde tem demandado um perfil de profissional que tenha conhecimentos e habilidades técnicas e políticas para aprimorar os processos de trabalho e qualificar a gestão do SUS. Considerando todo processo de descentralização federativa e o ambiente sociopolítico em que as ações e serviços de saúde ocorrem, pensar a gestão dos processos de trabalho em equipe tornam-se cada vez mais necessários para um desempenho do sistema de saúde.

Nesse contexto, sabe-se que os diferentes atores envolvidos no SUS apresentam interesses múltiplos e criam obstáculos para a definição de objetivos, metas e um planejamento que seja efetivo e de mão dupla, ou seja, de cima para baixo e de baixo para cima. Os atores governamentais e os trabalhadores do SUS precisam estabelecer canais de diálogo e comunicação para a melhoria na gestão dos processos de trabalho. Desta forma, a implementação de políticas que articulem universidades com a gestão e os serviços em prol da qualificação e formação de profissionais de saúde, torna-se um dispositivo potencializador para o trabalho em equipe.

Dada a experiência extensionista, esse texto buscou contribuir para a reflexão teórico-prática acerca do planejamento compartilhado entre equipe e gestão dos serviços de saúde como instrumento de organização do SUS, além de contribuir para a formação e o aperfeiçoamento da gestão de trabalho.

Ademais, a participação acadêmica nestes encontros possibilitou a inserção direta de discentes e docentes às práticas de planejamento e gerenciamento do sistema de saúde, possibilitando a compreensão acerca dos desafios da implementação do SUS, bem como a análise sobre o que é preconizado e o que é instituído nos processos de gestão do trabalho em equipe e das relações de poder que se estabelecem.

O espaço de realização das oficinas contribuiu para a comunicação dialógica e articulação entre os gestores municipais e profissionais do SUS, o qual oportunizou a reflexão e ampliação do senso crítico frente as estratégias de melhoria da saúde pública na região oeste catarinense. Desta forma, este estudo perpassou o âmbito da universidade e fortaleceu os vínculos com os gestores e os serviços de saúde locais.

Assim, enfatizou-se a participação e o empoderamento dos profissionais e gestores para que juntos sejam sujeitos transformadores do planejamento e da organização coletiva do SUS e não simplesmente implementadores de políticas. Nesse ínterim, percebe-se que iniciativas como esta tendem a estimular a formação de profissionais reflexivos e analíticos sobre suas competências, seus compromissos, do modelo político, estrutural e econômico do sistema de saúde brasileiro, além de reforçar os laços entre a universidade e os trabalhadores/gestores do SUS.

Referências:

- ABRUCIO, F.L. A reconstrução das funções governamentais no federalismo brasileiro. In: HOFMEISTER, W.; CARNEIRO, J.M.B. (Orgs.). **Federalismo na Alemanha e no Brasil**. São Paulo: Fundação Konrad Adenauer Stiftung, (Série Debates, v. I, n. 22). 2001, p. 95-105.
- ALMEIDA, M.H.T. Federalismo e políticas sociais. In: AFFONSO, R.B.A; SILVA, P.L.B; ALMEIDA, M.H.T; *et al.* **Federalismo no Brasil: Descentralização e políticas sociais**. São Paulo: FUNDAP, 1996.
- BARLEM, J.G.T. *et al.* Fragilidade, fortalezas e desafios na formação do Enfermeiro. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 347-353, abr-jun. 2012.
- BOBBIO, N.; MATTEUCCI, N.; PASQUINO, G. **Dicionário de política**. 5 ed. Editora UNB: São Paulo, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Planejamento do SUS: uma construção coletiva: organização e funcionamento**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 100 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Cadernos de Planejamento; v. 2).
- CONTEL, F. B. Os conceitos de região e regionalização: aspectos de sua evolução e possíveis usos para a regionalização da saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 447-460. 2015.
- ELAZAR, D. J. **Exploring federalism**. Tuscaloosa: The University of Alabama Press, 1987.
- FERNANDES, J.D; REBOUÇAS, L.C. Uma década de diretrizes Curriculares Nacionais para a graduação em enfermagem: avanços e desafios **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, vol. 66, pp. 95-101, Set. 2013.
- FERREIRA, J. *et al.* Planejamento regional dos serviços de saúde: o que dizem os gestores?. **Saúde e Sociedade [online]** v. 27, n. 1 pp. 69-79. 2018.
- GEREMIA, D. S. *et al.* Relações intergovernamentais para a gestão pública regional do SUS. In: JUNG, G. (Org.). **Regulação do acesso e da atenção à saúde nos serviços públicos: conceitos, metodologias, indicadores e aplicações**. Moriá: Porto Alegre, 2016. p. 91-126.
- GIL, C. R. R.; LUIZ, G. C.; GIL, M. C. R. (Org.). **A importância do planejamento na gestão do SUS**. Edufma: São Luís, 2016.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Portal do Governo Brasileiro**. Brasil/Santa Catarina/Chapecó. 2018. Disponível em:<<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/panorama>>. Acesso em: 29 set 2018.



- JORGE, A.A.F. **Significados e sentidos acerca de trajetórias de desenvolvimento humano na graduação em Enfermagem:** contribuições para o ensino. Tese de Doutorado. Faculdade de Ceilândia. Brasília, 2015.
- LIMA, L.D.de. **Federalismo, relações fiscais e financiamento do Sistema Único de Saúde:** a distribuição de receitas vinculadas à saúde nos orçamentos municipais e estaduais. Tese de Doutorado. Escola Nacional de Saúde Pública. FioCruz. Rio de Janeiro, 2006.
- MAESTRI, E. **O ensino das doenças crônicas não transmissíveis no curso de graduação em Enfermagem.** 2016. 134 f. Tese de Doutorado. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2016.
- MARQUES, R.M. Descentralização da política de saúde. In: ARRETCHE, M.; RODRIGUEZ, V. (Org). **Descentralização das políticas sociais no estado de São Paulo.** FUNDAP, FAPESP: São Paulo. IPEA Brasília, 1998.
- MENDES, Á.N. **Financiamento, gasto e gestão do Sistema Único de Saúde (SUS):** A gestão descentralizada semiplena e plena do sistema Municipal no estado de São Paulo (19952001), 2005. 428 f. Tese de Doutorado. Universidade Estadual de Campinas. Instituto de Economia. 2005.
- RIBEIRO, D. **A universidade necessária.** Paz e Terra: Rio de Janeiro, 1975, p. 313,
- RODRIGUES, A.A. **Cooperação intermunicipal no âmbito do SUS.** Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2003.
- WATTS, R.L. Comparing federal systems in the 1990s. **Institute of Intergovernmental Relations:** Ontario: 1996, p. 126.



CAPÍTULO 5

TRABALHO COM GRUPOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: TENSIONAMENTOS ANCORADOS NA COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL

Osmar Arruda da Ponte Neto

Viviane Oliveira Mendes Cavalcante

Neires Alves de Freitas

Maria Adelane Monteiro da Silva

Quiteria Larissa Teodoro Farias

Introdução

A Atenção Básica (AB) caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2012).

Nesse sentido, a Estratégia Saúde da Família (ESF) é uma das principais estratégias, propostas pelo Ministério da Saúde (MS), para reorientar o modelo assistencial do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da AB (BRASIL, 1997). Ela procura reorganizar os serviços e reorientar as práticas profissionais na lógica da promoção da qualidade de vida da população, constituindo-se em uma proposta com dimensões técnica, política e administrativa, inovadoras. Ela pressupõe o princípio da Vigilância à Saúde, a inter e multidisciplinaridade e a integralidade do cuidado sobre a população que reside na área de abrangência de suas unidades de saúde (BRASIL, 1998).

Para que a AB, por meio da ESF consiga operacionalizar seus processos de modo a conseguir alcançar seus objetivos e cumprir as diretrizes propostas neste modelo de atenção à saúde, torna-se imprescindível o trabalho inter e multidisciplinar, no sentido de garantir integralidade da assistência à saúde da população adscrita, contribuindo com novos olhares e fomentando novas formas de produzir saúde, destoando do modelo hegemônico biomédico pautado em ações meramente curativistas.

Para tanto, AB utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento deve ser acolhida (BRASIL, 2012).

Mehry (2002) toma a definição de tecnologia incluindo, também, os saberes utilizados na produção dos produtos singulares nos serviços de saúde, bem como os saberes que operam para organizar as ações humanas e inter-humanas nos processos produtivos.

Na ESF, uma das tecnologias empregadas para qualificar assistência integral aos usuários são os grupos. A proposta dos grupos de promoção da saúde é fundamentada no conceito amplo de saúde, numa abordagem que amplia o olhar da saúde para as dimensões biopsicossociais, com vistas à construção da autonomia dos



sujeitos. Busca romper com a representação social da doença, tão arraigada na nossa sociedade pelo modelo biomédico (SANTOS *et al*, 2006; DA ROS, 2006).

O trabalho com grupos na ESF torna-se desafiador pela dificuldade de empoderamento dos profissionais da AB para com estes, no sentido de romper com o modelo de atenção voltado para as doenças, baseado em ações programáticas específicas e envolver-se de forma efetiva no apoio e fortalecimento dos grupos existentes nas unidades de saúde. Tem-se buscado estratégias para mudança desse cenário, de modo que os profissionais possam aproximar-se uns dos outros nas relações de trabalho, compartilhando a responsabilidade a cerca dos processos de trabalho, inclusive dos grupos.

Nesta perspectiva, na literatura internacional tem sido muito discutido o tema da colaboração interprofissional. Descrevendo de uma forma simples, colaborar é trabalhar juntos. Portanto, implica tanto em diferença (é algo menos que completa integração ou unificação), e comunhão (há algum objetivo compartilhado ou atividade que é o foco da colaboração). Colaboração diz respeito também às relações – trabalhar juntos e não apenas ao lado, ou seja, abrange mais que atividades em que ocorre sobreposição ou interação ocasional. Colaboração normalmente envolve interação consciente entre partes para atingir um objetivo comum de forma contínua (MEADS, 2005).

Refletindo a Colaboração Interprofissional como ferramenta potencial para a transformação da prática profissional, no sentido, de aproximação e empoderamento da equipe multiprofissional para com os grupos na ESF, propomos fomentar a colaboração interprofissional como dispositivo para o fortalecimento de Grupos na Estratégia Saúde da Família, bem como mapear as necessidades da equipe multiprofissional de um Centro de Saúde da Família (CSF) para o trabalho interprofissional com grupos, problematizando com a equipe a facilitação de grupos e a colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família e fomentar competências interrelacionais entre os membros equipe multiprofissional.

A investigação de aspectos relativos ao trabalho cooperado no âmbito da ESF pode auxiliar na identificação dos elementos que facilitam ou dificultam a prática colaborativa, para o planejamento de ações no campo da gestão do trabalho na atenção primária.

Consideramos o presente estudo relevante pelo seu potencial de contribuição para a melhoria das relações profissionais, dinâmica dos processos de trabalho, construção de novos afetos e vínculos. Além disso, o desenvolvimento do mesmo nos permitiu explorar uma estratégia ainda não empregada deste modo específico, desta forma ao potencializar o uso de novos referenciais para o desenvolvimento de tecnologias relacionais interprofissionais estamos contribuindo para o levantamento de novas possibilidades para o fortalecimento do trabalho grupos na ESF.

Metodologia

Este estudo trata-se de uma Pesquisa-Intervenção, do tipo pesquisa-ação. A Pesquisa-Intervenção, como o próprio título alude, fundamenta-se nos pressupostos da pesquisa-ação. Tem como base a ideia de uma relação dialética entre pesquisa e ação, supondo ainda que a pesquisa deve ter como função a transformação da realidade (MELO; MAIA FILHO; CHAVES, 2016).

A intervenção aconteceu no CSF Hebert de Sousa, bairro Padre Palhano, Sobral-CE, no período de Dezembro/2015 a Janeiro/2016.

Participaram da intervenção os profissionais de nível superior integrantes da Equipe Multiprofissional, que atuam na facilitação dos Grupos do CSF, e que tiveram desejo e disponibilidade para estarem presentes nos



momentos das oficinas, a saber: 02 assistentes sociais, 01 educadora física, 01 fisioterapeuta, 01 fonoaudióloga, 05 enfermeiras, 01 nutricionista, 01 terapeuta ocupacional, totalizando 12 profissionais de nível superior.

Para manutenção do anonimato dos participantes foram usados nomes fictícios para os participantes, os nomes fictícios são substantivos identificados dentro do Referencial de CI de D'Amour (2008) e foram designadas pelo autor a cada participante de acordo com as características identificadas neste, sendo eles: comunhão, compartilhamento, convivência, pertencimento, sentimento, confiança, política, oportunidade, liderança, conectividade, inovação e valor.

A proposta da Intervenção foi apresentada na “roda” do CSF, a qual se configura como um momento formativo e informativo, bem como, de descontração da equipe que acontece em um turno por semana, para conhecimento do projeto por toda a equipe e busca da adesão dos participantes. Em seguida, aplicamos um questionário aberto com o objetivo de identificar o conhecimento prévio dos participantes quanto a CI e facilitação de grupos.

Durante o processo de desenvolvimento foram realizados momentos grupais, onde foram trabalhados em formato de oficinas os aspectos identificados como frágeis e necessários ao fomento da CI. As oficinas como trazem Rouquayrol e Silva (2013) consistem em uma abordagem metodológica de tendência problematizadora e significativa, ancorando-se no ser humano como centro por seu potencial em provocar as próprias mudanças. Com ênfase dialógica por meio de elementos simbólicos, mobiliza o potencial criativo dos participantes no sentido de ressignificar conceitos, valores, pensar estratégias de intervenção, além de contribuir para análise e contemplação de elementos subjetivos da experiência vivida.

Foram realizadas 02 oficinas, no próprio CSF e tiveram duração média de 1h30min, que aconteceram em turnos previamente pactuados com os profissionais envolvidos.

A observação participante foi a principal fonte para a coleta de informações, como Bogdan e Taylor (1975) bem definem a observação participante é uma investigação caracterizada por interações sociais intensas, entre investigador e sujeitos, no meio destes, sendo um procedimento durante o qual os dados são recolhidos de forma sistematizada.

Durante as oficinas foi utilizado diário de campo e as anotações das impressões se deram de acordo com roteiro de observação, a própria técnica observação participante exige roteiro e as anotações registradas em diário de campo.

A avaliação aconteceu de forma processual, ao final de cada oficina, onde foi proposta uma metodologia de avaliação do momento inspirada na técnica “Roda da Alegria” (GOMES, 2001) na oficina 01 e na técnica “Rodadas” (LIEBMANN, 2000) na oficina 02.

O referencial teórico que orientou a análise do *corpus* de dados integralizado no trabalho de campo foi o conceito de colaboração interprofissional e a Tipologia da Colaboração Interprofissional de D'Amour *et al.* (2008).

Esta pesquisa observou as exigências éticas e científicas fundamentais, definidas na resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde. Foram incluídos na pesquisa apenas aqueles sujeitos que concordaram em participar do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Este estudo faz parte de um projeto maior intitulado “Tecnologia grupal para promoção da saúde de gestantes na Estratégia Saúde da Família” cujo projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), aprovado pelo parecer nº 1.402.430.



ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DAS EXPERIÊNCIAS: CONHECER PARA INTERVIR: BUSCA DO UNIVERSO DAS NECESSIDADES PARA O TRABALHO COM GRUPOS E O DESENVOLVIMENTO DA COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL

Para que possamos desenvolver qualquer intervenção é necessário que realizemos o diagnóstico prévio da realidade onde pretendemos intervir. Logo, a fim de conhecer o conhecimento prévio dos profissionais do CSF acerca da CI, da percepção destes sobre o relacionamento interpessoal com os demais membros da equipe e do trabalho com grupos no CSF foi aplicado um questionário aberto. As repostas serviram de arcabouço para a construção das oficinas interventivas com a equipe, buscando contribuir na construção de competências pessoais e profissionais a partir das fragilidades explicitadas com o diagnóstico das problemáticas existentes no processo de trabalho da equipe, que desfavoreçam o desenvolvimento da CI entre a equipe e principalmente que reverberam no trabalho com grupos, a partir das dimensões da CI propostas por D'Amour (2008).

Foram evidenciadas enquanto necessidades, fatores que desfavorecem o trabalho e CI na equipe, principalmente a falta de comunicação entre os profissionais, dificuldade em saber ouvir o outro, as divergências de opiniões e a desmotivação. É importante destacarmos o que reflete Ceron (2016) quando traz que as bagagens apreendidas por cada comunicador influenciam na forma como vão se comunicar um com o outro no momento presente, pois os predispõe a um conjunto maior de sinais e mensagens, que serão interpretados e compartilhados por ambos. Os aspectos relacionais entre os interlocutores, bem como o entendimento sobre o que é dito, são historicamente determinados por interações prévias entre ambos e por padrões culturais definidos. Assim, torna-se importante propiciarmos um momento em que essas bagagens pudessem ser compartilhadas, favorecendo as interações entre os profissionais.

No que concerne às necessidades para o trabalho com grupos, destacamos a explicitação da falta de envolvimento de todos profissionais da equipe no planejamento e facilitação dos grupos, a falta de afinidade com as tecnologias grupais e a ausência de espaço físico e recursos, insumos no CSF, para o desenvolvimento das atividades.

O diagnóstico aqui exposto disparou e embasou o planejamento das oficinas executadas a fim de ir ao encontro das necessidades identificadas, contribuindo para a melhora das fragilidades percebidas e destacadas pela equipe. Oficinas estas que descrevemos a seguir.

Oficina 1: Compartilhar a vida, construir afetos: é conhecendo que se ama e respeita.

A partir do clima organizacional percebido e dos questionários aplicados, verificamos a necessidade de um momento de interação maior entre os profissionais, para além do campo profissional, mas também das percepções do outro, do conhecer, do ouvir, do perceber. D'Amour (2008) vai nominar de internalização esta dimensão da subjetividade das relações na CI. Esta dimensão compreende os indicadores do conhecimento mútuo, da confiança e da troca de informações.

Para tanto, realizamos uma oficina utilizando a técnica/dinâmica da Tenda do Conto. Esta técnica se fundamenta nos pressupostos de Paulo Freire onde os encontros ocorrem utilizando as rodas de conversas e, nesse caso específico, a tenda do conto, estratégia que possibilita o conhecimento do outro por meio do relato da história de vida de cada um.

A comunicação na Tenda do Conto se caracteriza como um processo dialógico, tal qual a concepção de comunicação no pensamento de Paulo Freire. Na Tenda do Conto, observamos e testemunhamos a emocionante edificação do diálogo, que se nutre “de amor, de humanidade, de esperança, de fé, de confiança” (FREIRE, 1979). Ressaltamos que para este autor, o amor é um ato político. Então, quando esse ato político ou essa amizade acontece como exercício político, os sujeitos se revestem da potência de afetação do encontro e o diálogo se dá entre iguais e diferentes que se fazem críticos, criativos e cuidantes, na procura de algo e se produz uma relação de alteridade radical.

O encontro aconteceu no dia 22 de dezembro de 2015, por volta das 15h30min. Realizamos um momento onde puderam participar os profissionais de nível superior das categorias, a saber: 01 Serviço Social, 05 Enfermagem, 01 Educação Física, 01 Fisioterapia, 01 Fonoaudiologia, 01 Terapia Ocupacional.

O recurso humano de nível superior que atua na ESF é organizado a partir do trabalho em equipe multiprofissional, composta, minimamente, por: um médico generalista, um enfermeiro e um odontólogo. Todavia, percebemos uma pouca abertura de determinadas categorias a participarem da facilitação de grupos no CSF, principalmente da categoria médica. O CSF em que realizamos a intervenção, por exemplo, possui 02 profissionais médicos, sendo que estes não participam da facilitação ou planejamento de nenhuma atividade grupal realizada na unidade.

É importante que reflitamos neste sentido a influência das relações de poder estabelecidas histórica e culturalmente dentro do campo da saúde. Nossos serviços de saúde, mesmo a AB, ainda trazem muito do modelo biomédico outrora hegemônico, que reverbera diretamente nos processos de trabalho e na organização do serviço.

Neste sentido, Foucault (2009) aprofunda suas discussões sobre o poder na saúde a partir do que denominou de Biopoder, que seria uma série de fenômenos vinculados às estratégias políticas sobre o corpo e sobre a vida das populações.

Ainda refletindo a figura do médico na saúde a partir da perspectiva foucaultiana, a classe médica, historicamente e ainda hoje, é percebida como a classe detentora do poder, o que reflete nos demais profissionais da equipe multiprofissional de forma negativa, por apesar dos avanços, os profissionais médicos não participarem de forma efetiva, ou serem incentivados, ou tensionados a participar das atividades grupais de promoção da saúde, ficando estas atividades sobre a responsabilidade, quase exclusiva, para os demais profissionais da equipe.

Para a realização desta oficina, solicitamos que cada profissional trouxesse algum objeto que o representasse. Na ambientação construímos uma espécie de tenda, com um trono ao centro, os profissionais foram organizados sentados na disposição de círculo e ao centro os objetos trazidos por estes e o som ambiente com músicas relaxantes. Solicitamos que cada profissional espontaneamente pegasse seu objeto e sentasse na cadeira ao centro para falar sobre o porquê de ter trazido aquele objeto, o que ele representava e assim falasse sobre si.

Destacamos as seguintes falas com relação à percepção do trabalho pelos profissionais:

O trabalho é o que mais me representa, suei muito para me formar, e foi minha liberdade financeira [...] o meu trabalho é minha base emocional, psicológica. Durante muitos anos que passei por problemas pessoais, foi trabalho que me sustentou [...] o meu trabalho é minha vida. (Conectividade).

Apesar da desvalorização da Enfermagem por parte da gestão, meu trabalho é o que me representa. É ao que dedico mais tempo em minha vida atualmente, é o meu ganha pão” (Convivência).

Em 1844, ao discutir a alienação do trabalho, Marx (1993) dizia que o trabalhador foge do trabalho como foge da peste. Isso porque o trabalho, como meio de satisfação de necessidades humanas, surgia, antes de tudo, como fonte de infelicidade, de esgotamento, de mortificação e de negação da condição de humanidade do próprio trabalhador.

Nas falas supracitadas observamos a significação do trabalho enquanto projeto de vida, dispositivo social, psicológico, emocional e financeiro. A ESF enquanto espaço de produção de saúde, mas também espaço de trabalho exige que reflitamos o significado desse espaço na vida dos profissionais. Como elas percebem o espaço de trabalho, as relações de trabalho, a interação com os colegas de trabalho e com a comunidade. O processo de trabalho é perpassado por uma série de fatores da subjetividade dos profissionais que por vezes são desprezados, ou desvalorizados e refletem diretamente na atenção a saúde prestada.



A oficina ainda foi muito marcada com discursos a cerca da importância da família na vida de cada profissional, de como as relações familiares afetam o comportamento destes, seja positivamente ou negativamente. Outro aspecto bastante representado pelos participantes foi a importância da fé e da religiosidade em suas vidas, o quão importante é a espiritualidade para a manutenção do bem estar físico e emocional, para a superação das adversidades e concretude dos sonhos.

Borsoi (2007) reflete que se os modos humanos de viver incluem o lugar do trabalho, da sexualidade e da família; se a história de vida das pessoas é também a sua história biológica e a história dos momentos percebidos por elas como significativos – se é assim, para qualificar e compreender os modos de sofrimento psíquico relacionados ao trabalho (sejam eles configurados ou não como transtorno ou doença mental), é necessário, além de considerar a concretude da situação de trabalho, levar em conta os vários aspectos da história do trabalhador, bem como seu modo de significar os eventos marcantes da sua vida.

Realizamos essa oficina na perspectiva da busca da explicitação dos sentimentos, dos sonhos, dos afetos, a fim de que os profissionais pudessem perceber-se para além do trabalho, mas como pessoas, que vivem, sofrem, vencem. Que pudessemos fomentar a construção de relações mais afetuosas, entendendo que muitas vezes o processo de trabalho quando rígido, desempenhado na lógica da resposta a demanda, do mecanicismo do fazer, impossibilita o conhecimento mútuo, a construção de vínculos, do sentimento de pertença, da construção colaboração interprofissional.

O nosso intento no desenvolvimento desta oficina corrobora ainda com o pensamento de Rocha (2013), quando ela reflete que o envolvimento de profissionais inclui não só a manifestação do desejo em engajar-se em um processo colaborativo, mas também inclui a compreensão e a aceitação de níveis de experiência e o reconhecimento dos limites, necessidade de confiança e a dinâmica de grupo. Estes fatores que correspondem aos atributos do profissional para a efetividade da prática colaborativa devem está associados aos fatores ambientais que combinam estruturas organizacionais e fomentam a participação e interdependência entre seus membros e líderes, a criatividade individual e autonomia na tomada de decisões, permitindo uma direção unificada.

Em seguida, solicitamos que todos ficassem de pé, em círculo e realizamos um abraço coletivo. Convidamos que os participantes da oficina avaliassem o momento de forma breve e espontânea. Dentre as falas destacamos as seguintes:

“Foi importante pra gente conhecer a vida de cada um, que a gente sempre tá precisando um do outro [...]” (Conectividade)

“Como a gente consegue se superar diante das adversidades [...]” (Convivência)

“Momento de fortalecimento, de cuidado, de nos fortalecermos e nos conhecermos enquanto profissionais da unidade, para que possamos cuidar um do outro [...]” (Política)

Destacamos ainda que esta oficina foi importante para o fomento de uma das dimensões propostas por D’Amour (2008) na sua tipologia da Colaboração Interprofissional que é a da Internalização. Nesta dimensão encontram-se os indicadores do conhecimento mútuo que é representado pela convivência social e profissional dos envolvidos para garantir o sentimento de pertencimento ao grupo e/ou equipe e da confiança: colaboração se torna possível a partir da confiança um nos outros, reduzindo as incertezas e garantindo o aumento das competências e responsabilidades no ambiente de trabalho.

Ao final foi realizada a avaliação, onde solicitamos que cada participante pudesse verbalizar seus sentimentos e desejos a partir da oficina e compartilhassem apoio entre eles, inspirada na técnica “Roda da Alegria” (GOMES, 2001).

Oficina 2: A Teorização do trabalho com grupos para o despertar da Colaboração Interprofissional

Para Fortuna *et al.* (2005), trabalhar no formato da equipe de saúde é equivalente a se relacionar, pois os profissionais tendem a elaborar planos de atendimento em conjunto para cada família, e a traçar objetivos e tarefas comuns. Afirmam, a partir disso, a importância de se refletir sobre os processos grupais existentes nas próprias equipes (a equipe como grupo), já que os profissionais podem possuir objetivos individuais contrastantes com a tarefa do grupo como totalidade.

Buscar mapear o conhecimento prévio dos profissionais acerca do trabalho com grupos tornou-se então imprescindível para que possamos disparar os demais processos almejando o fortalecimento do trabalho com grupos na ESF. O despreparo, ou até mesmo a falta de afinidade com abordagens grupais podem eventualmente contribuir para o distanciamento dos profissionais das práticas de promoção de saúde com grupos. Então a importância de conhecer qual o ideário formado pelos profissionais a respeito dos grupos existentes no território.

Para tanto, realizamos uma oficina, onde iniciamos o momento com uma atividade de acolhida. Nesta atividade foram distribuídas debaixo de algumas cadeiras frases motivacionais, pediu-se que cada participante que recebeu uma das frases a compartilhasse com os demais colegas. A motivação para o trabalho pode ser considerada um estado psicológico de disposição, da ordem do desejo, fomentar estratégias motivacionais é sempre importante na busca de contribuir para adesão dos participantes nas demais atividades propostas.

Na sequência realizamos uma introdução da temática do trabalho com grupos na ESF. Ressaltamos a reorganização do modelo de atenção à saúde na ESF em implantação no município de Sobral e como este privilegia o trabalho com grupos. O discurso introdutório teve um propósito disparador para as discussões a serem realizadas posteriormente.

Fomentada a discussão do trabalho com grupos, propomos e realizamos o terceiro momento da oficina utilizando o método Metaplan que apresenta como função básica à democratização do uso da palavra, possibilitando a geração de uma memória coletiva e sistemática e, promovendo a sistematização e ordenação de ideias e informações (CCAB, 2016).

Foram distribuídas três tarjetas coloridas aos participantes nas cores azul, amarela e rosa. Esta técnica de moderação permite a participação das pessoas por meio da escrita das ideias em tarjetas coloridas, a fixação em painéis para apresentação e discussão com o grupo de participantes.

Dando continuidade apresentamos a primeira pergunta para o grupo e solicitamos que todos a respondessem na tarjeta de cor azul: *Por que trabalhamos com grupos?* E foi dado um tempo de cerca de 08min até que todos concluíssem. Estas tarjetas foram sendo afixadas em um painel. Enquanto isso, suscitamos o segundo questionamento: *O que avançamos/conquistamos no trabalho com grupos no CSF?* Solicitamos que esta pergunta fosse respondida na tarjeta de cor amarela. O tempo para resposta foi similar ao da questão anterior. Por fim, realizamos o último questionamento: *Quais os desafios que enfrentamos ao trabalhar em grupo?* Este foi respondido nas tarjetas de cor rosa, e também, como as anteriores, afixadas no painel.

Com relação à primeira pergunta destacamos a explicitação dos profissionais no tocante o trabalho com grupos para a diminuição de situações de risco e esclarecimento coletivo de dúvidas, para a construção de vínculo com a comunidade, para a promoção de saúde e prevenção de doenças e a ampliação do cuidado para os usuários.



É importante a percepção dos profissionais quanto ao potencial do grupo enquanto espaço para a geração de vínculo entre a equipe e a comunidade e da relevância disso para a melhoria da assistência prestada. Lembrando que a ESF se baseia em estratégias que aproximam o usuário-profissional e favorecem a manutenção deste vínculo, não conseguir estabelecê-lo é como se a meta do serviço não fosse cumprida (GOMES; PINHEIRO, 2005).

Corroborar ainda com a ideia de que o trabalho com grupos favorece a educação em saúde, ao proporcionar um viver mais saudável. Especialistas em grupos com adolescentes, por exemplo, sugerem que se trabalhe com cinco suposições fundamentais, destacando: os grupos são inevitáveis e onipotentes; mobilizam poderosas forças que influenciam decisivamente os indivíduos; podem ter consequências boas ou más; a compreensão correta de grupo permite intensificar deliberadamente as consequências desejáveis dos grupos e que eles têm seu próprio ritmo e dinâmica. Neste sentido, é importante respeitar este movimento (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM, 2001).

Alonso (1999) afirma também que o processo educativo desenvolvido em grupo valoriza a aproximação natural das pessoas, propicia o fortalecimento das potencialidades individuais e grupais, a valorização da saúde, a utilização dos recursos disponíveis e o exercício da cidadania. Outro aspecto que a autora aponta é o fato de o trabalho em grupo favorecer a participação dos indivíduos no processo educativo em saúde, a partir do compartilhamento das experiências vivenciadas no seu cotidiano. O que tanto favorece a construção de vínculos entre os participantes, bem como, entre estes e os facilitadores.

No que concerne a segunda pergunta os profissionais destacaram em suas repostas como conquista para os usuários o maior acesso a informação através das ações socioeducativas e de educações em saúde, consideraram os pacientes mais satisfeitos, menos estressados, mais alegres, graças aos grupos. Destacaram ainda, a redução de danos e dos agravos de doenças a partir dessas abordagens.

Em grupo, consegue-se, portanto, avançar, aprofundar discussões, ampliar conhecimentos e melhor conduzir o processo de educação em saúde, de modo que as pessoas possam superar suas dificuldades, obter maior autonomia e viver mais harmonicamente com sua condição de saúde, além de promover uma vida mais saudável (SILVA *et al.*, 2003). Nas repostas ainda destacaram a importância da representatividade social dos grupos para os usuários, por se configurarem como espaços de inclusão social.

Para Pichon-Rivière (1980), o grupo consiste em uma estrutura básica de interação. Segundo Merhy *et al.* (1997) alguns pressupostos são necessários para a criação de vínculo dentro do grupo, incluindo: prover espaços de relações de tal maneira a haver sensibilização com o sofrimento do usuário; construir processo de troca entre usuário e trabalhador que possa tornar-se referência para o usuário e resultar autonomia para ele.

Em relação à terceira pergunta, quando indagados sobre os desafios enfrentados para o trabalho com grupos, observamos a maior parte dos entraves percebidos como centrados neles mesmos, como a falta de colaboração e responsabilização, de apoio da equipe para o planejamento e realização dos grupos, a ausência de comprometimento e envolvimento dos profissionais, a existência de opiniões diferentes – quanto à importância dos grupos - a falta de união e de compreensão de alguns.

Ao final da oficina realizamos um momento de avaliação inspirado na técnica “Rodadas” (LIEBMANN, 2000), onde solicitamos que os participantes verbalizassem o complemento a seguinte pergunta: *O momento de hoje foi importante porque...* E espontaneamente, quem tivesse o desejo poderia ficar a vontade para fazê-lo.

Todas as dificuldades e potencialidades verbalizadas nesta oficina são produto do percurso até aqui trilhado pelos profissionais e usuários no trabalho com grupos no referido território.

Considerações finais

O intento de desenvolver intervenções que almejem o desenvolvimento de competências e a resignificação de práticas com equipes de saúde é sempre desafiador. Todavia, utilizar tecnologias leves, dialógicas que considerem as subjetividades envolvidas e partam da premissa da construção de um produto coletivo demonstram-se como um potente caminho a ser trilhado.

O trabalho com grupos na ESF apesar de sabidamente importante e significativo na prestação de uma assistência de qualidade, por todos os valores que agrega tanto para os usuários quanto para os profissionais e figurando também como um dos dispositivos postos como elementares na reorganização do modelo de atenção à saúde na ESF do município de Sobral-CE, ainda sofre com a desvalorização, ou não apropriação por parte de muitos profissionais.

A intervenção contribuiu ainda para a operacionalização da Política Nacional de Promoção da Saúde na ESF e possibilitou desencadarmos um processo descentralizado de educação permanente para produção de novos sentidos, saberes e práticas da equipe.

No desenvolvimento de competências inerentes a CI percebemos uma ferramenta potencial para a melhoria das relações profissionais e dos processos de trabalho, visto que o uso de referenciais como o de D'Amour (2008) auxilia na percepção de fragilidades nas relações e processos de trabalho e subsidia a construção de estratégias para o alcance do trabalho colaborativo, harmônico e eficiente.

Referências:

ALONSO, J. K. O processo educativo em saúde na dimensão grupal. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 8, n. 1, p. 122-132, Jan./Abr. 1999.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. **Adolescer: compreender, atuar, acolher**. Brasília: Projeto Acolher, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília. **Ministério da Saúde**, 1997.

_____. Ministério da Saúde. Saúde da família: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial. Brasília: **Ministério da Saúde**, 1998.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: **Ministério da Saúde**, 2012.

BOGDAN, R; TAYLOR, S. **Introduction to qualitative research methods: a phenomenological approach to the social sciences**. New York: J. Wiley, 1975.

BORSOI, I. C. F. Da relação entre trabalho e saúde à relação entre trabalho e saúde mental. **Psicologia & Sociedade**; v. 19, Edição Especial 1, p. 103-111. 2007.

CCAB, CONFEDERAÇÃO DAS ASSOCIAÇÕES COMERCIAIS DO BRASIL. **Programa para formação de consultores grupais para entidades empresariais**. Disponível em: < http://www.faciap.org.br/site/wp-content/uploads/2014/06/Modulo_2_Moderacao_de_Reunioes.pdf> Acesso em: 15 de fev. 2016

CERON, M. **Habilidades de Comunicação: Abordagem centrada na pessoa**. Disponível em:< http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_psicossocial/Unidade_17.pdf> Acesso em: 23 de fev. de 2016.

D'AMOUR, D., *et al.* The conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks., **Journal of Interprofessional Care**. v.19, n.2, p. 17, 2005.

D'AMOUR, D. *et al.* A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. **BMC Health Services Research**, v. 8, p.188, 2008.



- DA ROS, M. A. Políticas públicas de saúde. In: BAGRICHEVSKY, M. *et al.* (Org.). **A saúde em debate na Educação Física**. Nova Letra: Blumenau, 2006. p. 47-66. 2 v.
- FORTUNA, C. M. *et al.* O trabalho de equipe no programa de Saúde da Família: Reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 13, n. 2, p. 262-268, 2005.
- FOUCAULT, M. **Security, territory, population: lectures at the College de France 1977–1978**. 1th ed. Picador: New York, 2009
- FREIRE, P. **Educação e Mudança**. 12ª Edição. Paz e Terra: Rio de Janeiro, 1979.
- GOMES, A. C. V. **Cartilha de Dinâmicas**. Aquarela: São Paulo, 2001.
- GOMES, M.C.P.A.; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**. Botucatu, v.9, n.17, p.287-301, mai/ago. 2005.
- LIEBMANN, M. **Exercícios de arte terapia para grupos: um manual de temas, jogos e exercícios**. Summus: São Paulo, 2000.
- MARX, K. **Manuscritos econômico-filosóficos**. Edições: Lisboa, Portugal, 1993.
- MEADS, G.; ASHCROFT, J. **The case for Interprofessional Collaboration in Health and Social Care**. Oxford, Blackwell Publishing, 2005.
- MELO, A. S. R, MAIA FILHO, O.S, CHAVES, H.V. Lewin e a pesquisa-ação: gênese, aplicação e finalidade. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 28, n. 1, p. 153-159, jan.-abr. 2016.
- MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Orgs.) **Agir em saúde: um desafio para o público**. Hucitec: São Paulo, 1997.
- MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. Hucitec: São Paulo, 2002.
- PICHON-RIVIÈRE, E. **El proceso grupal: del psicoanálisis a la psicología social**. 5. ed. Nueva Visión: Buenos Aires, 1980, 213 p.
- ROCHA, F.A.A. **Colaboração Interprofissional entre Docentes de Ensino Superior e Profissionais de Saúde da Estratégia Saúde da Família em Juazeiro do Norte: Estudo de Caso**. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, da Faculdade de Medicina de Sobral da Universidade Federal do Ceará, 2013.
- ROUQUAYROL, M. Z.; SILVA, M. G. C. **Rouquayrol epidemiologia & saúde**. 7. ed. MedBook: Rio de Janeiro, 2013.
- SANTOS, L. M. *et al.* Grupos de promoção à saúde no desenvolvimento da autonomia, condições de vida e saúde. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 2, p. 346-52, 2006.
- SILVA, A. L. A. C. *et al.* Atividades grupais em saúde coletiva: características, possibilidades e limites. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 11, p. 18-24, 2003.



CAPÍTULO 6

A ATUAÇÃO NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA COMO AMBIENTE PARA COMPREENSÃO E CONSTRUÇÃO COLETIVA DO SUS: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Juliana Martins Holstein

Antonio Adolfo Mattos de Castro

Introdução

As Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS) são uma realidade cada vez mais presente e atuante na rede de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS). O fortalecimento da lógica da formação em serviço foi vital para a expansão dos programas de residência multiprofissional que passam a ocupar as instituições e serviços como ferramenta de constituição de práticas baseadas na integralidade. Realidade no início dos anos 2000 no Brasil, as RMS podem ser asseguradas como relevantes estratégias de formação de recursos humanos para o sistema de saúde público nacional (MIOTO, 2016).

A regulamentação e criação das RMS ocorreu por meio da promulgação da Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005, que criou as Residências em Área profissional da Saúde e instituiu a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS). Ao Ministério da Saúde cabe cumprir o papel de gestor federal com finalidade de subsidiar e financiar as RMS. Mediante Portaria nº 1.111, de 5 de julho de 2005, Portaria nº 1.143, de 7 de julho de 2005 e Portaria Interministerial nº 2.117 de 3 de novembro de 2005, estabeleceu-se o financiamento para os Programas de RMS no Brasil. O investimento nesse modelo de trabalho e na sua potencialidade pedagógica e política possibilita tanto a formação de profissionais quanto contribui com a mudança do desenho técnico-assistencial do SUS (BRASIL, 2006). O profissional residente deve compreender e trabalhar no SUS e para o SUS.

A importância da RMS baseia-se no desenvolvimento de ações de Educação Permanente em Saúde (EPS), o qual pode se constituir como uma ferramenta potencial para promover mudanças e transformações a fim de consolidar os princípios do SUS (BRASIL, 2004). A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) propõe uma nova configuração para os profissionais de saúde quanto à produção de conhecimento, possibilitando que a formação e o desenvolvimento de profissionais de saúde ocorram de modo descentralizado, ascendente e transdisciplinar, englobando todos os locais e saberes a fim de proporcionar a democratização dos espaços de trabalho. Como política pública, baseia-se na aprendizagem significativa e na reflexividade das práticas em ação na rede de serviços. O conhecimento constitui-se pelas experiências cotidianas dos profissionais de saúde que são estimulados a refletir, agir e questionar as práticas de saúde vigentes (BRASIL, 2004; SILVA *et al.*, 2016).

O serviço de urgência e emergência faz parte da rede de atenção do SUS e é considerado a porta de entrada do hospital para o paciente com potencial risco de morte (NEVES, 2006). Esses serviços atuam por orientações das legislações específicas. A emergência é setorizada agrupando pacientes de acordo com a prioridade e quadro clínico apresentado e o atendimento prestado é baseado em uma classificação de risco.

O Ministério da Saúde desenvolveu ferramentas que direcionam as estratégias de atendimento no serviço de emergência e são baseadas nos princípios e diretrizes do SUS. As ferramentas consistem em aplicação de protocolos para um acolhimento com estratificação de risco, pautado nas políticas de Humanização do SUS

propondo melhor resolubilidade, em um atendimento integral e humanizado ao paciente que procure o serviço (BRASIL, 2009). Essa classificação garante uma melhor gestão de trabalho para a equipe assistencial, na prestação de um atendimento com melhor dimensionamento de recursos e condutas.

A prática da RMS, voltada à urgência e emergência, acontece dentro do serviço mediante a atuação multiprofissional com os membros da equipe assistencial nas quais o residente está inserido. Esse relato de experiência visa discutir a importância do profissional residente no processo de construção do trabalho em saúde e na transformação da realidade e do serviço prestado pela rede de atenção, atuando na construção coletiva do SUS.

Adicionalmente, esse capítulo se trata de um relato de experiência baseado na atuação de uma fisioterapeuta residente em urgência e emergência nos campos de Pronto Socorro (PS), Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e Estratégia de Saúde da Família (ESF). Atualmente, essa atuação está inserida no Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde, com ênfase em Urgência e Emergência, oferecido pela Universidade Federal do Pampa (Unipampa) - campus Uruguiana, Rio Grande do Sul. O objeto deste relato relaciona-se às atividades realizadas durante o ano de 2017.

O programa de Residências da Unipampa oferece as ênfases de Saúde Coletiva, Saúde Mental Coletiva, Urgência e Emergência e Medicina Veterinária que constituem a modalidade de pós graduação “*Lato Sensu*”. Possuem duração de 24 meses e carga horária de 5760 horas, distribuídas em 60 horas semanais. Destas, 1152 horas (20%) constituem atividades teóricas e 4608 horas (80%) atividades práticas (COREMU UNIPAMPA, 2015).

A atuação multiprofissional, objeto desse relato de experiência, ocorre por meio de práticas no Hospital Santa Casa de Caridade de Uruguiana (HSCCU) e dos momentos de construção coletiva, nas quais todas as ênfases do Programa de Residências se reúnem para os estudos teóricos relacionados às práticas no SUS.

Relato e Discussão de Experiência de Atuação do Residente

A Portaria Interministerial nº 1.077 de 12/11/2009 aponta que as RMS devem atuar com ênfase na inserção em cenários de atuação que representem a realidade do país em termos sanitários, a concepção de saúde ampliada, a construção de estratégias e abordagens que insiram os residentes nas condições reais em que se efetivam a política de saúde, o compartilhamento de saberes e práticas, objetivando a constituição das competências compartilhadas importante para a educação permanente e para estabelecer mudanças nos processos de trabalho, formação e gestão na saúde. A inserção na rede de serviços supõe a integração ensino-serviço, compreendido pelo trabalho coletivo pactuado, articulado e integrado envolvendo residentes, docentes e trabalhadores que integram as equipes (RODRIGUES, 2016).

Nesse sentido, a Residência em Urgência e Emergência (RUE) da Unipampa, tem o objetivo de capacitar profissionais da área da saúde do ponto de vista ético, político e técnico-científico, por meio da educação em serviço, para atuarem em equipe multiprofissional na atenção de urgência e emergência assegurando os princípios do SUS e o atendimento das reais necessidades de saúde da população. Busca-se aprimorar a qualidade da assistência prestada aos usuários do SUS por meio da atuação conjunta dos residentes, professores, preceptores e profissionais das diversas áreas (RUE, 2015).

Quando o programa se inicia, os residentes geralmente estão cheios de expectativas, dúvidas, anseios e muita vontade de colocar o conhecimento em prática. É comum iniciar nesse programa logo após a conclusão do curso sem ter nenhuma experiência prática além das experimentadas durante a graduação. Como residente, já somos profissionais formados, porém, ainda em formação. Mas, nesse momento, em formação no serviço objetivando melhora e transformação deste, buscando um diálogo constante com os princípios e diretrizes do SUS.

A inserção do profissional residente nos campos de atuação dentro do serviço é viabilizada pela presença e acompanhamento de tutores e preceptores. O tutor faz parte do corpo docente da universidade e o preceptor, com título de especialista, é um representante do serviço, que atua no fortalecimento da relação do residente com a equipe das unidades. A forma de ingresso na RUE é por meio de processo seletivo anual e a equipe é composta por 2 fisioterapeutas, 2 enfermeiros, 2 farmacêuticos e 1 assistente social. Essa equipe é dividida em 2 sub-grupos, com todas as especialidades, que serão inseridos concomitantemente nos campos disponibilizados pelo HSCCU - o PS e UTI.

Esses cenários são práticas constantes durante o período de residência. O fisioterapeuta residente em urgência e emergência, juntamente com a equipe multiprofissional da qual faz parte, é inserido nos setores designados pelo seu programa, sendo necessário conhecer e estudar previamente as políticas do SUS, as políticas de atenção ao paciente crítico, políticas do hospital e a organização das redes de atenção de urgência e emergência. Além disso, é primordial um estudo prévio sobre o funcionamento e as normas regulamentadoras das unidades, visando compreender o perfil do setor e suas rotinas.

Diante da necessidade de formação integral do residente para a atuação no serviço, as atividades das RMS da Unipampa iniciam com um momento de imersão teórica. Nesse momento são estudadas a fundo todas as políticas que regem o funcionamento das redes de atenção; no caso da RUE, há enfoque especial à rede de urgência e emergência. O momento teórico é primordial para uma compreensão do papel do residente dentro do sistema. Assim, conseguimos dimensionar a atuação nos campos de prática e dialogar mais facilmente com as esferas do serviço, buscando a garantia da atenção integral às necessidades do usuário. Afinal, para fazer parte efetiva do processo de trabalho em saúde é necessário compreendê-lo profundamente.

As atividades práticas dos residentes da RUE, ingressantes em 2017, iniciaram-se no mês de março, nas quais os profissionais puderam conhecer os seus preceptores e os campos de prática. Os preceptores são profissionais atuantes no serviço, que estiveram presentes durante todo o andamento das atividades práticas nas unidades designadas. No quadro de funcionários do hospital, conforme determinado por lei, existe um fisioterapeuta responsável para atender a demanda da UTI, portando, as práticas nesse setor eram discutidas e compartilhadas com esse profissional. Porém, apesar da compreensão da relevância de atuação, ainda não há um fisioterapeuta “fixo” para a unidade de Pronto Socorro, exigindo do residente deste setor uma maior autonomia e pró-atividade, uma vez que este passa a ser visto como referência pela equipe do PS.

Ao iniciar as atividades de residência, o fisioterapeuta tem como suporte a preceptoria de profissionais especialistas que auxiliam no desenvolvimento das habilidades práticas específicas do seu núcleo profissional em cada unidade. Esse acompanhamento permite aprimorar habilidades técnicas, teóricas e científicas do campo de atuação. O residente de fisioterapia nesse programa está em contato constante com a equipe de fisioterapeutas do hospital e atua em um novo modelo de assistência. Modelo este, no qual a aprendizagem ocorre a partir da vivência prática, permeada por discussões de cunho teórico e pela imersão na rotina da unidade, com um enfoque multiprofissional e abordagem integral dos sujeitos.

A imersão na rotina das unidades facilita, como um modelo de formação em serviço, o processo de EPS que, de acordo com Ceccim (2005), insere-se em uma construção de relações e processos que vão do interior das equipes, em atuação conjunta às práticas interinstitucionais e/ou intersetoriais, colocando a pertinência dos conteúdos, instrumentos e recursos para a formação. A partir dessa formação, se espera que o residente, futuro trabalhador do SUS, seja um profissional capaz de promover mudanças nas práticas de saúde, fazer transformações e inovações a fim de consolidar esse sistema e proporcionar atenção e gestão qualificada e integral para a sociedade (SILVA, 2016).

A prática como residente dentro dos setores de urgência e emergência é uma experiência única, pois proporciona a construção de conhecimentos a partir das vivências práticas nos setores. O fisioterapeuta, como membro da equipe atuando em UTI, participa do processo de atenção especializada ao usuário do SUS sendo estimulado constantemente a fazer com que o paciente seja a parte central do cuidado. Quando iniciamos no programa de RMS, carregamos conosco a bagagem da formação profissional voltada à nossa



ênfase específica, sabendo reconhecer as possibilidades de atuação dessa ênfase na prática com o paciente. A grande vantagem de atuar como residente em um programa multiprofissional é a capacidade de ampliar a visão acerca das necessidades de cada paciente e compreender o papel de cada profissional na busca das melhores soluções e condutas.

Ao entrar nos campos de prática, a equipe multiprofissional da RUE necessitou primeiramente conquistar espaço juntamente com os profissionais atuantes na unidade, que são contratados pela instituição. Nesse processo foi necessária uma interação intensa com toda a equipe que faz parte do quadro da unidade, com intuito a demonstrar a importância e a característica de atuação transformadora do programa de RMS. Essa ação foi um grande desafio, uma vez que muitas vezes é difícil encontrar aceitação ao se iniciar em uma unidade, com objetivo de transformar, discutir e confrontar suas práticas e rotinas, sendo que nesse campo as mesmas são bastante “enraizadas”. Para a garantia dessas ações, se faz importante a discussão constante das práticas em saúde. Nesse contexto, para além das atividades práticas, cabe destacar que discussões relevantes sobre a gestão do trabalho em saúde acontecem em momentos transversais, nas quais todos os programas de residência se reúnem para discutir assuntos pertinentes aos seus campos de prática e voltados aos princípios do SUS. Nesse momento, os residentes atuam como protagonistas de um processo de trabalho, sendo responsáveis pelo planejamento de atividades com a equipe, atuando no controle e gestão de materiais, realizando capacitações e discussões com a equipe das unidades, identificando e suprindo demandas, de forma a transformar as unidades nas quais atuam.

Nos campos de prática, a equipe multiprofissional atua de forma conjunta, não só entre os residentes, mas com a equipe das unidades, conhecendo e avaliando os pacientes, discutindo casos clínicos, por meio de “*rounds*” e formulando planos terapêuticos para o acompanhamento e assistência integral dos usuários. Aos residentes é possibilitado fazer parte de todo o processo do cuidado, desde a gestão de recursos e pessoas até a assistência clínica. Ao atuar no serviço, por meio da RMS, nos foi possibilitado um olhar mais amplo acerca da realidade local, sendo possível analisar e discutir práticas e procedimentos, colaborar no funcionamento das unidades e transformar processos relacionados ao cuidado.

A atuação nos serviços de urgência e emergência coloca o residente em contato direto com diversas situações. Percebe-se e se convive com angústias, incertezas, tristezas e esperanças de pacientes e familiares. Ambientes de internação costumam ser locais que passam sensação de frieza e distanciamento sentidos, especialmente, pelos usuários do serviço. Nesse contexto, o residente, membro de uma equipe multiprofissional, atua no acolhimento de usuários e familiares, realiza a escuta ativa, avalia e reconhece condições sociais e variáveis que possam interferir na evolução da doença e do tratamento. O residente costuma ser um profissional que dispõe de tempo para criar vínculos e laços com familiares e pacientes.

Nesse momento, quando em contato com os familiares, geralmente nos horários de visita, cada profissional atua tirando dúvidas e explicando sobre procedimentos e dispositivos dos quais o paciente faz uso. Uma situação que causa muitas dúvidas e angústias aos familiares é quando o paciente é submetido à ventilação mecânica. O fato de o paciente estar com um tubo na boca e ligado à uma máquina causa estranhamento. É importante que a equipe explique sobre o procedimento aos familiares. Durante o horário de visita, a fisioterapeuta residente costuma explicar sobre o ventilador mecânico e seus benefícios, sobre os motivos de disparo de alarme e sobre perspectivas de retirada do dispositivo.

Além disso, o residente desenvolve habilidades práticas e teóricas em um espaço de contato com diferentes esferas do conhecimento, proporcionando uma constante troca de experiências. A inter-relação e convivência multiprofissional pode ser vista não só como um aprendizado para a prática profissional, mas como uma forma de proporcionar um atendimento mais humanizado e integral ao paciente e de transformar as práticas de saúde. No decorrer das atividades práticas se espera do residente a internalização de uma atitude crítica e reflexiva que se traduza em comprometimento com a viabilização de metodologias de atuação, pautada nos princípios do SUS, as quais visam a resolutividade das ações em saúde nos diferentes níveis de atenção do sistema (SILVA, 2016).

Muitas demandas foram identificadas ao longo das práticas no PS e UTI, demandas essas, que foram passíveis de ser abordadas por meio de discussões com a equipe e ações de EPS. Essas ações se davam em momentos de capacitações sobre assuntos específicos como reanimação cardiopulmonar, ventilação mecânica invasiva e não invasiva, gasometria arterial, aspiração traqueal, entre outros; os assuntos abordados visam a garantia de melhoria do cuidado. Além disso, ao identificar demandas específicas foi realizada a construção de dois protocolos que foram apresentados às unidades. Os protocolos foram: Protocolo de Desmame da Ventilação Mecânica e Protocolo de Mobilização Precoce. Além disso, durante as práticas como fisioterapeuta residente, por meio do reconhecimento de demandas, foi construído um manual com recomendações básicas em ventilação mecânica, para a unidade de Pronto Socorro, com a finalidade de auxiliar nos momentos nos quais é necessário o uso do dispositivo. A construção desses instrumentos se constituiu como uma forma adequada de dialogar e contribuir com o serviço. O diálogo com o serviço representa um agente importante em todas as ações realizadas pelos residentes. A equipe da RUE nunca atua de forma isolada, devemos estar em constante relação com as equipes do hospital e trabalhar em conjunto para a busca de objetivos em comum.

Atuando dessa forma, o programa potencializa a transformação das práticas e, com esta intencionalidade, movimentando uma rede composta pelos demais trabalhadores. Assim, problematiza elementos da política social que ocorre nos espaços cotidianos das práticas profissionais. Essa problematização emerge como um elemento importante de gestão e controle social (RODRIGUEZ, 2016). Ao longo da experiência de atuação nos foi possível constatar que o residente, como profissional inserido nos campos de prática, passa a ser referência para as equipes das unidades e para os pacientes. Na concepção de Campos e Amaral (2007), a equipe de referência pode ser entendida como “equipes interdisciplinares, organizadas em função de grandes áreas voltadas para uma mesma finalidade e para um mesmo objeto” (CAMPOS; AMARAL, 2007). O fato de se tornar uma equipe de referência, confere aos residentes uma característica de corresponsabilidade pelo bom andamento das unidades, do atendimento aos pacientes e da prestação de assistência baseada nos princípios da integralidade.

Além das práticas em ambiente hospitalar, é proporcionado ao residente atuar nas ESF, com ações de promoção, prevenção e EPS. As atividades de atenção primária e secundária à saúde foram realizadas com os profissionais das ESF e nas escolas da região abrangida por essa estratégia, por meio de discussões, capacitações, rodas de conversa, palestras e grupos de gestantes. A proposta, com a inserção de residentes da RUE nas ESF, é que eles possam atuar consolidando os mecanismos para educação permanente em saúde, para os profissionais da rede de saúde, qualificando a rede de atenção aos usuários dos serviços de saúde. Considerando-se assim, as dimensões ética, política e técnico-científica. Tem-se como objetivo fortalecer a educação em serviço, para que os trabalhadores e residentes desenvolvam o trabalho em saúde em equipe multiprofissional, na atenção de urgência e emergência, assegurando os princípios do SUS e o atendimento das reais necessidades de saúde da população (RUE, 2015).

Por meio das atividades nas ESF foi possível compreender melhor os processos de referência e contra-referência, visualizando o quanto ainda estão defasados no município. Porém, foi possibilitado aos residentes, atuar referenciando os pacientes acompanhados no hospital aos serviços da rede de atenção básica, bem como, posteriormente, acompanhar alguns destes por meio de visitas domiciliares em conjunto com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS). A prática com os ACS nos possibilitou reconhecer a realidade local, suas necessidades, carências, características e potenciais. Isso se tornou importante na compreensão de muitos casos acompanhados no PS e UTI, pois a equipe reconheceu as demandas específicas da população do município.

A articulação desses serviços, que é possibilitada ao profissional residente, é de suma importância. Ao pensar a integralidade da atenção hospitalar, Cecílio e Merhy (2003) e Feuerwerker e Cecílio (2007) a compreendem de duas formas: a integralidade da atenção vista no hospital, que tem como referência o atendimento e produção do cuidado no próprio ambiente hospitalar; e a integralidade da atenção vista a partir do hospital, que é pensar a integralidade tendo como referência a articulação do hospital com o sistema de saúde.

Considerações Finais

A construção e manutenção do SUS são processos coletivos. Por meio da atuação nos campos práticos disponibilizados por meio do programa de residência é possível compreender que o trabalho do residente fortalece as ações de saúde prestadas pelo serviço. Por meio da articulação da RMS, hospital e ESF percebe-se que o residente é um importante agente para a transformação e melhoria da realidade do SUS. O profissional egresso de um programa de RMS é capaz de atuar como gestor na manutenção de programas, objetivando a garantia da prestação de um serviço digno que atenda aos princípios da integralidade e esteja em concordância com as diretrizes do SUS.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente e pólos de educação permanente em saúde**. Brasília (DF): MS; 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília. DF. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 414 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Portaria Interministerial nº 1.077, de 12/11/2009. **Institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde**. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Brasília (DF), 2009.

CAMPOS, G. W.S; AMARAL, M. A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 849- 859, jul./ago. 2007.

CECÍLIO, L. C. O.; MERHY, E. E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2003. p. 197-210.

CECCIM, R. B. Educação permanente: desafio ambicioso e necessário. **Interface Comunic. Saúde e Educ.** v. 9, n.16: p.161-177, 2005.

COREMU- Comissão de Residência Multiprofissional Unipampa. **Regimento Interno**, 2015. Disponível em: <http://porteiros.s.unipampa.edu.br/primus/files/2016/04/Regimento-COREMU-Reuni%C3%A3o-Conselho-17-12-2015.pdf> Acesso em 28 de maio, 2018.

FEUERWERKER, L. C. M.; CECÍLIO, L. C. O. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 965-971, jul./ago. 2007.

MIOTO, R.C.T.; ALVES, F.L.; CAETANO, P.S.; DAL PRÁ, K.R. As Residências Multiprofissionais em Saúde: a experiência da Universidade Federal de Santa Catarina. **Serv. Soc. & Saúde**, Campinas, SP v. 11, n. 2 (14) jul./ dez. 2012.

SILVA C.T.; TERRA, M.G.; KRUSE, M.H.L.; CAMPOGNORA, S.; XAVIER, M.S. Residência Multiprofissional como Espaço Intercessor para a Educação Permanente em Saúde. **Texto Contexto Enferm**, 2016; 25(1).

RODRIGUES, T.F. Residências Multiprofissionais em Saúde: Formação ou Trabalho? **Serv. Soc. & Saúde**, Campinas, SP v.15, n. 1 (21), jan./jun. 2016.

RUE. Programa de Residência Multiprofissional em Urgência e Emergência - Unipampa. **Projeto Pedagógico**, 2015. Disponível em: <http://porteiros.s.unipampa.edu.br/primus/files/2015/01/Programa-de-Resid%C3%A2ncia-Urg%C3%A2ncia-e-Emerg%C3%A2ncia-2014.pdf>. Acesso em 28 de maio, 2018.



CAPÍTULO 7

A GESTÃO E NEGOCIAÇÃO COLETIVA DO TRABALHO EM SAÚDE: UMA AGENDA DE PESQUISA SOBRE O SISTEMA NACIONAL DE NEGOCIAÇÃO PERMANENTE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Alcindo Antônio Ferla
Frederico Viana Machado
Lisiane Bôer Possa
Quelen Tanize Alves da Silva

Introdução

Esse manuscrito tematiza a organização, a articulação da negociação coletiva, a gestão do trabalho no âmbito do SUS e apresenta uma agenda de pesquisa sobre essa temática. Para tal, recorta como campo de problematizações os arranjos institucionais e os processos políticos do Sistema Nacional de Negociação Permanente do Sistema Único de Saúde (SiNNP-SUS). Tem como objetivo a produção de conhecimento que contribua para aprimoramento da gestão do trabalho no âmbito do SUS, que ganhou maior evidência e debate na política pública de saúde, a partir de 2003 com a criação Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) e, em seguida, com o Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho no SUS (ProgeSUS).

Cabe destacar que na área de educação na saúde, ao longo das primeiras décadas do século XX, constituiu-se um campo de ação estratégica que aglutinou atores das instituições formadoras e da gestão do SUS. No entanto, as questões da gestão do trabalho ainda são monopolizadas pelas corporações e pelo nível central de governo. Em que pese as experiências pontuais e locais e exitosas, estas não são resultado de uma unidade de ação coletiva. Os atores não estão sintonizados e interagem pouco uns com os outros para disputar a formulação e implementação dessas políticas (POSSA, et.al, 2019). Considerando esses aspectos e buscando contemplar ao máximo a complexidade deste campo de pesquisa, propõe-se: contextualizar a gestão do trabalho e o Sistema Nacional de Negociação Permanente do SUS (SiNNP-SUS) no período que compreende os anos de 2003 à 2016; ; apresentar a delimitação do problema que pode orientar novas questões de pesquisa nessa temáticas; e sugerir uma agenda para estudos que considere os processos políticos e sociais de negociação coletiva exitosos para a democratização das relações de trabalho, bem como práticas inovadoras de gestão do trabalho em saúde, que tenham contribuído para o aprimoramento da gestão, da estruturação das redes de atendimento e demais políticas públicas em saúde, e também investigar as mudanças ocorridas no período de 2016 e 2021, momento em que esta temática deixa de estar na agenda dos atores governamentais federais e que as necessidades de respostas rápidas à Pandemia de Covid-19, colocaram em questão as conexões produzidas a partir da gestão do trabalho para responder a construção da integralidade e da resolutividade da atenção à saúde

Deste modo, pretende-se contribuir para o desenvolvimento de pesquisas que resultem na produção e sistematização de conhecimento que auxiliem na tomada de decisões para a gestão do trabalho em saúde, a construção de espaços coletivos de participação e incentivem estratégias de educação permanente por meio dos processos de negociação coletiva.



A gestão do trabalho como política

A gestão do trabalho vem se constituindo em uma área de importante relevância para o SUS. Desde a Constituição de 1988, este tema tem sido objeto de discussão nas várias Conferências de Saúde, evoluindo de um conceito restrito de política de recursos humanos para ampliar o seu aspecto, pautando de forma mais ampla o trabalho em saúde e suas diversas dimensões, entre elas, a regulação, a desprecarização, fortalecimento dos vínculos e a dimensão dos processos que revelam no interior das instituições aspectos sobre o modo como as instituições operam no cotidiano as relações de trabalho.

No campo da regulação, podemos dizer que o Brasil ainda está em processo evolutivo uma vez que permanece perceptível que, embora em menor escala, as formas como as profissões se constituem, tanto em termos de formação como de atuação, é definida predominantemente pelas corporações e o mercado. Tem se discutido temas como demografia e provimento de profissionais de saúde, apontando para um início de um processo de redirecionamento do papel do estado neste contexto, além de políticas de desprecarização e de valorização dos trabalhadores do SUS.

É bem evidente a necessidade de se avançar no aspecto regulatório das profissões a fim de trazer novos componentes que direcionem as escolhas profissionais e a valorização das profissões de saúde articuladas às necessidades de saúde da população. O sentido aqui utilizado do termo “necessidades” significa não somente atributos para o cuidado em saúde, entendido como assistência às doenças e seus sintomas, mas também a interface com outras políticas públicas/sociais e outras iniciativas que respondem ao conceito ampliado de saúde, inclusive o adequado funcionamento do sistema de saúde. Essas necessidades são muitas vezes manifestadas nos centros de saúde, não obstante, só serão resolutivas se trabalharmos numa dimensão de alteridade entre os sujeitos (profissionais de saúde e usuários), de múltiplos saberes que se integram e de uma dimensão de saúde pública que vai além da ausência de doença.

Uma outra dimensão que está na agenda do marco regulatório é a implementação das carreiras da saúde no Estado Brasileiro. Embora tenha ocorrido um avanço significativo com a constituição das mesas de negociação e a pactuação dos protocolos de relação de trabalho, estes processos precisam ganhar mais potência e centralidade nas diversas regiões, municípios e estados brasileiros. O subfinanciamento e a lei de responsabilidade fiscal são como aspectos que dificultam a ação dos entes federados, mas também se observa a falta de arranjos e dispositivos que permitam que estes cooperem e busquem soluções conjuntas com regras claras e transparentes, evitando uma competição predatória e danosa ao sistema. O processo de regionalização pode ajudar neste processo a se pensar em soluções regionais e não apenas municipais ou estaduais, evitando que apenas um ente assumo o ônus de um processo de constituição de carreiras no sistema de saúde. É preciso observar experiências que já estão funcionando, como por exemplo, consórcios públicos e fundações públicas, para enfrentamento desta questão.

Outro aspecto relevante é o modo como o setor público tem se constituído nas relações de trabalho através do fortalecimento ao longo de décadas do modelo burocrático, passando atualmente a uma proposta de modelo gerencial pautado em resultados, em que as práticas gerenciais convergem para identificação com os pressupostos clássicos da administração, resultando em uma prática baseada na centralização do poder, no controle, na impessoalidade das relações, e com ênfase em atividades administrativas burocráticas. Este modus operandi tem repercutido significativamente nas relações de trabalho, demonstrando claramente que além da busca pela ampliação e por assegurar os direitos dos trabalhadores, há necessidade de implementar novas formas de gestão que superem estes modelos e tenha o objetivo de entender o trabalho como um espaço democrático, de aprendizado permanente e de qualidade de vida.

A temática da gestão do trabalho expõe uma cultura de pouca participação, alta fragmentação (fragmentação técnica e forte hierarquização profissional e gerencial) e de dissociação importante entre os trabalhos de gestão e de atenção à saúde. A fragmentação técnica também é verificada na baixa frequência de debates sobre a organização do trabalho no cotidiano dos serviços (modelagens tecnoassistenciais, dimensões micropolíticas



do trabalho). Esse contexto mostra um ponto de fragilidade da política de gestão do trabalho e da sua estratégia das Mesas de Negociação, uma vez que pressupõem a negociação a partir do debate e da construção de posições comuns, mesmo em contextos de diversidade de interesses e condições.

Esta dimensão aponta a necessidade de discutir os processos de trabalho articulados a processos de educação permanente, o que possibilita gerar mudanças importantes no mundo do trabalho. Podemos aqui relacionar com os conceitos criados por Ceccim (2006), de Quadrilátero de Formação e Coletivos Organizados, o primeiro trazendo o encontro entre a saúde e a educação, por meio da evidência de correlação das práticas de ensino com as de gestão de sistemas e serviços, com as práticas de participação, com o engajamento nos movimentos sociais e com as práticas clínicas ou profissionais, chamando a atenção para produção do conhecimento e de formação no mundo do trabalho por meio da educação permanente; e o segundo que fala de agrupamentos de pessoas articulados por um fim, um grupo interligado por uma tarefa que constitui finalidade produtiva e ideia de convergência, uma composição de roda.

Pensando na gestão do trabalho nos diferentes cotidianos do SUS, o conceito produzido por Merhy (1997; 2002), do trabalho vivo em ato, ajuda a compreender a potencialidade do ato de questionar, no próprio processo de trabalho, a intencionalidade e a finalidade do trabalho em saúde e de seus modos de operar as modelagens tecnoassistências. Considerando a produção de saúde como um processo do trabalho vivo em ato, promove-se uma lógica inovadora direcionada para coordenação do cuidado, com responsabilidade sobre ele e domínio de tecnologias leves voltadas para a escuta e a produção de relações cuidadoras. O trabalho se torna, então, um processo de educação permanente em saúde, com grande potencial criativo pela interação com o contexto mediada pelo desafio de compreendê-lo.

Esta dimensão no âmbito da micropolítica nos coloca a discussão dos processos de trabalho articulado a processos de educação permanente, o que possibilita gerar mudanças importantes no mundo do trabalho, ao mesmo tempo que pode demarcar uma relação com a sociedade, fazendo com que os cidadãos reconheçam tanto a preocupação com a macropolítica de proteção à saúde, como o desenvolvimento de práticas para a organização do cotidiano do cuidado, registrando uma política de valorização do trabalho (CECCIM, 2005). Por conseguinte, também é preciso ampliar a capacidade dos gestores e dirigentes deste campo temático para olharem e aguçarem a sua percepção no sentido de reconhecer experiências e práticas singulares que já acontecem nos territórios, buscando cooperar com estes processos como proposta política.

O Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) possibilitou visualizar os entraves que tem correlação com os temas de negociação do trabalho. Entre eles destaca-se a ausência de planos de cargos e salários, a manutenção da precarização do trabalho expresso através dos vínculos temporários e a inexistência de avaliações de desenvolvimento (Seidl, 2014; Bezerra e Medeiros, 2018; Jales, *et al.*, 2017). Este programa também propiciou uma análise das práticas de trabalho nos serviços que buscam promover a integralidade no cuidado. A necessidade de profissionais com qualificação para compreensão e intervenção intersetorial para promoção da saúde com qualidade de vida, e com capacidade de promover o cuidado pautado na comunicação, responsabilidade e planejamento, sendo capaz de aprender a aprender e valorizar o cotidiano do trabalho em equipe e da atuação multiprofissional, nos mostra da importância do fortalecimento da educação permanente e do apoio institucional para produção da capacidade de gestão e indução da transformação do modelo de atenção instituído.

Especificamente, sobre a educação permanente, a avaliação realizada no PMAQ demonstrou a presença de processos formativos e que estes têm como base as demandas do cotidiano do trabalho, em que pese os indícios de uma formação informacional (Pinto, *et al.*, 2014). A predominância dos temas da educação em detrimento de estratégias da gestão do trabalho em saúde, como as mesas de negociação, é evidenciada por De Castro e Lima (2017) quando analisam a produção bibliográfica sobre esses temas.

A temática da gestão do trabalho é muito relevante para a implementação de processos de trabalho adequados ao que se propõe a política de saúde brasileira, ao menos na perspectiva que foi acumulada no processo de reforma sanitária e definição legal do Sistema Único de Saúde. É uma temática particularmente importante



no contexto atual, em que há visíveis retrocessos no campo dos direitos trabalhistas e previdenciários, mas também no campo das políticas de saúde. Essa relevância está dada, entre outras questões, pela importância do trabalho na saúde e dos seus agentes, os trabalhadores, na consolidação do próprio sistema de saúde brasileiro.

Apesar da natureza pública, universal e descentralizada do Sistema Único de Saúde (SUS) e das políticas de governo, ainda há muito a ser feito para garantir o acesso e a melhoria da qualidade das ações de saúde. Nessa direção, as questões relacionadas à formação e gestão dos trabalhadores de saúde são de fundamental importância. Afinal, são inúmeros os problemas relacionados à gestão do trabalho e da educação no SUS que persistem em diferentes realidades, tais como: a baixa oferta de profissionais qualificados, desequilíbrio entre oferta e demanda de profissionais em saúde, má distribuição, dificuldade de fixação, condições inadequadas e vínculos precários de trabalho, formação inadequada, conhecimento e competências limitados, estratégias equivocadas de gestão face às realidades dos serviços e demandas da população.

A Pandemia da Covid-19 trouxe com mais ênfase a necessidade de realizar o debate sobre a organização, os processos, as relações cotidianas do trabalho, a participação dos trabalhadores e as conexões que estes constroem nos serviços e nas redes de saúde para que sejam produzidas respostas que contemplem a resolutividade e integralidade da atenção à saúde. A situação sanitária que exigiu celeridade, revisões constantes de conhecimentos, inovações na organização, nos processos de trabalho e implicação dos trabalhadores com a invenção de respostas para a garantia do cuidado, também produziu precarização do trabalho, multiplicação e verticalização das jornadas, baixas remunerações, péssimas condições de trabalho que resultaram em experiências de sobrecarga de trabalho, esgotamento e comprometimento da saúde dos trabalhadores. O trabalho remoto e os diversos dispositivos de telessaúde e de comunicação passaram a ter outra dimensão no sistema de saúde. Há que se investigar quais os efeitos dessas novas “modalidades”, bem como, incorporá-las nos processos de negociação do trabalho de tal forma que sejam realizadas com regulação pública e que resultem em trabalho decente.

A implementação da política de gestão do trabalho no SUS e das mesas de negociação

A política de gestão do trabalho no Sistema Único de Saúde foi fortalecida com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, em 2003, e ficou a cargo do Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho (DGRTS). Inicialmente, o DEGRTS ocupou-se em sistematizar os desafios para a gestão do trabalho em saúde. A principal diretriz foi estabelecer um leque de parcerias para apoio político à definição de estruturas estratégicas na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), que tivessem capacidade de contribuir para o equacionamento dos problemas do setor da saúde (Brasil, 2006a).

A partir dessa iniciativa foi constituído, em 2006, o Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS (ProgeSUS), voltado para estruturar as secretarias de saúde e desenvolver ferramentas e dispositivos que auxiliem na organização efetiva da gestão do trabalho, visando desenvolver o trabalho e qualificar os serviços e ações de saúde (Dau; Cerca, 2012). O ProgeSUS foi estruturado em quatro componentes: Estruturação da Gestão do Trabalho e Educação no SUS; Sistema de Informação Gerencial para o Setor de Gestão do Trabalho e da Educação no SUS; Capacitação da Equipe da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS; Sistema Nacional de Informações em Gestão do Trabalho do SUS – InforSUS (Brasil, 2006b)

A Mesa Nacional de Negociação do Sistema Único de Saúde (MNNP-SUS), dispositivo nacional de gestão do trabalho e educação no SUS, foi instituída inicialmente mediante Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 52, em 06 de maio de 1993, homologada pelo Ministro da Saúde da época, Dr. Jamil Haddad. O objetivo da Resolução foi de estabelecer um fórum permanente de negociação entre empregadores e trabalhadores do SUS sobre todas as questões relativas à força de trabalho em saúde (Brasil, 2003).

Essa iniciativa materializava a criação de um espaço com participação ampliada no qual se previa fosse concretizado o debate sobre as reivindicações dos trabalhadores manifestadas em inúmeras conferências nacionais, estaduais e municipais em que colocaram as relações e as condições de trabalho no centro das discussões. Os temas mais frequentes nesses debates prévios, que mobilizam trabalhadores, gestores e usuários do SUS são: plano de carreiras, cargos e salários; jornada de trabalho; saúde do trabalhador; formação e qualificação profissionais de saúde, entre outras. A Mesa de Negociação no âmbito do SUS, de caráter paritário e permanente, que envolveu o governo federal, gestores estaduais e municipais, prestadores de serviços e trabalhadores do SUS, sofreu interrupções em seu funcionamento e a expectativa relacionada a ela de resoluções de conflitos de relações de trabalho com configuração histórica foi adiado.

A partir de 2003 foi rearticulada a MNNP-SUS, tendo um período de funcionamento intermitente. Passados cinco anos, foi reinstalada, com composição ampliada e dinâmica embasada em experiências positivas das mesas estaduais e municipais de negociação.

De acordo com o Ministério da Saúde (2003),

“todo processo de negociação para tratar dos conflitos e demandas decorrentes das relações funcionais e de trabalho no âmbito do SUS, tem por base os princípios constitucionais da legalidade, da moralidade, da impessoalidade, da qualidade dos serviços, da participação - que fundamenta o Estado Democrático de Direito e assegura a participação e o controle da sociedade sobre os atos de gestão do governo -, da publicidade pelo qual se assegura a transparência e o acesso às informações referentes à Administração Pública, a liberdade sindical” (p. 5).

As decisões são tomadas durante as reuniões ordinárias e extraordinárias mediante consenso entre os membros e, portanto, embasadas em diálogo político. Como tal, deve compor processos de tomada de decisão, contribuindo para o desenvolvimento ou implementação de mudanças de políticas de gestão do trabalho no SUS e para o fortalecimento do trabalho no interior de sistemas e serviços (WHO, 2015).

Nessa perspectiva, a mesa de negociação constitui-se como uma importante ferramenta de gestão, capaz de intervir de maneira positiva na efetividade dos serviços prestados aos usuários, uma vez que busca a mediação dos conflitos e a resolução dos problemas enfrentados no dia a dia do trabalho no SUS. Para tanto, estrutura-se como um fórum, em âmbito municipal, estadual, regional e nacional, baseado nos princípios constitucionais da legalidade, publicidade e liberdade sindical, que reúne gestores, prestadores de serviços de saúde e entidades sindicais representativas dos trabalhadores da saúde (Brasil, 2012; Magnano & Cols., 2017).

Dados do IBGE apontam que a população de trabalhadores na área da saúde representa 4,3% da população ocupada no Brasil (AMS/IBGE, 2010). Segundo informe do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS), os principais problemas enfrentados pela gestão do trabalho em saúde se referem à: multiplicidade de formas de contratação; o alto índice de rotatividade dos profissionais; elevado índice de acidentes de trabalho e adoecimento dos profissionais; sub-financiamento do sistema de saúde com impactos para as políticas de recursos humanos; além da falta de articulação entre as políticas de gestão do trabalho e da educação nas três esferas (Brasil, 2011).

No Brasil, o DEGERTS, vinculado à Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), é o órgão governamental responsável pela superação dos desafios listados acima, buscando a democratização das relações de trabalho, a valorização e qualificação do trabalho e o aprimoramento da estruturação das redes de atenção à saúde. Neste contexto a MNNP-SUS desempenha um papel fundamental, uma vez que é um fórum paritário de negociação das relações de trabalho que envolve gestores do setor público e privado e trabalhadores da saúde de diferentes categorias profissionais. Em 2016, era constituída por com 14 representações na bancada de Gestores, com representante de diferentes ministérios e secretarias, e 14 representações na bancada sindical, com representação das diversas categorias profissionais que trabalham no SUS.



Além da consolidação da MNNP-SUS, o DEGERTS investiu, até 2016, na diversificação, consolidação e ampliação dos espaços de negociação coletiva nos estados, municípios e regiões, apoiando a criação de Mesas de Negociação locais, regionais e/ou setoriais, identificando, neste arranjo participativo, uma importante ferramenta para solucionar os conflitos e impasses entre gestores e trabalhadores, e entre as diferentes categorias profissionais. Estes processos de negociação podem evitar os prejuízos decorrentes das greves e dos conflitos laborais, as negociações coletivas têm um importante impacto na modernização da gestão, incorporando diferentes perspectivas e saberes na superação de problemas no cotidiano do SUS.

Por esta razão, a DEGERTS reconhecia a importância de fomentar a instalação de mesas, além de sistematizar os processos comunicativos, articulando em rede as diferentes iniciativas de negociação coletiva e democracia participativa ao longo do país. Dentre as iniciativas para constituir os processos de negociação do trabalho destaca-se: o curso “Negociadores”, desencadeado pelo Protocolo MNNP-SUS No 4/2005, ministrado por meio de uma parceria entre o DEGERTS e a Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, buscou capacitar e sensibilizar 700 cursistas para o processo de negociação coletiva e para a instalação das mesas de negociação nos diferentes contextos de gestão do trabalho (Braga, 2007; Deolindo *et al.*, 2012) e; a articulação das diferentes instâncias de negociação permanente (mesas regionais, estaduais, municipais e setoriais) por meio do Sistema Nacional de Negociação Permanente do SUS (SiNNP-SUS) que foi formalizado por meio do Protocolo 003/2005 da MNNP-SUS, porém, ainda não se consolidou da forma esperada.

O SiNNP-SUS pretendia ser a ferramenta principal para a consolidação dos princípios da Convenção 151, da Organização Internacional do Trabalho (OIT), que dispõe sobre os direitos dos trabalhadores do setor público. Em maio de 2013, o Ministério da Saúde, a OIT e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) se comprometeram com a construção da Agenda Nacional de Trabalho Decente para os Trabalhadores (as) do SUS (ANTD-SUS), o que aumenta a importância do SiNNP-SUS. Além disto, o trabalho de negociação da gestão se desdobra no cenário internacional, com a instauração do Fórum Permanente MERCOSUL para o Trabalho em Saúde (Brasil, 2006). Segundo publicação de funcionários do DEGERTS e da MNNP-SUS (Deolindo *et al.*, 2012), esperava-se que as mesas fossem o principal instrumento de fomento a uma cultura de negociação, preconizada pela Convenção n. 151 da OIT que impulsiona a expansão dos arranjos institucionais de negociação coletiva.

Assim, apesar de identificar-se esforços para a consolidação do SiNNP-SUS, vemos que as mesas de negociação não foram largamente implantadas (Deolindo. 2012; Magnano et.al, 2017. Santos & Roefel, 2017). A implementação das Mesas parece atravessada por questões de diferentes ordens, que também mobilizam os participantes da Mesa Nacional. Uma questão importante é o reconhecimento da existência e do grau de institucionalização das Mesas Estaduais e Municipais. Análises das informações desses processos mostram dados com grande variação e oscilações nos diferentes períodos, motivados por diferentes fatores. Levantamento realizado em 2014 mostrou a existência de 137 Mesas Estaduais e Municipais criadas, entretanto apenas 87 estavam em funcionamento, majoritariamente em Secretarias Estaduais e Secretarias Municipais das Capitais e implantadas no período de 2003 a 2008 (Magnano & Cols., 2017).

Os principais motivos alegados pelos gestores para não serem implantadas as mesas de negociação são: a falta de assessoria técnica para a implantação; desinteresse dos gestores e trabalhadores; e o fato das secretarias já utilizarem outras ferramentas para negociação do trabalho, com destaque para a negociação com sindicatos por meio dos mecanismos previstos na legislação (Magnano & Cols., 2017).

A Mesa Nacional ocupou-se no período de 2013 a 2015 de debater e propor estratégias de verificação da existência e do funcionamento das Mesas, com articulações intergestores e por meio de pesquisas envolvendo instituições ligadas à área do trabalho e instituições de ensino e pesquisa (Magnano & Cols., 2017; Pierantone, 2017). O reconhecimento da existência e do funcionamento de Mesas foi estratégia proposta também com o duplo objetivo de identificar experiências exitosas, que pudessem fortalecer a política nacional.

Os resultados das pesquisas realizadas, sempre com participação parcial de estados e municípios, deram indicações de que as estruturas de gestão do trabalho existentes são localizadas em hierarquias de segundo e terceiro níveis na gestão e bastante mobilizadas com questões relativas à administração de pessoas (Machado, *et al.*, 2012).

Os participantes das Mesas e da estrutura nacional de gestão do trabalho constituem, como diagnóstico do cenário identificado: dificuldades nos processos comunicacionais sobre a existência e o funcionamento das mesas de negociação; resistência em estados e municípios para repercutir as agendas da Mesa Nacional, mesmo nas estruturas de participação e controle social; divergências sobre o que é o vínculo precário na área da saúde e outros temas que expandem a agenda da gestão do trabalho e suas estratégias; baixa participação de agentes decisórios governamentais nas reuniões das Mesas, inclusive na Mesa Nacional; inexistência de ferramentas para monitoramento e avaliação de vínculos e condições adequadas de trabalho na saúde; dificuldade de estruturas ações e interlocutores descentralizados de apoio técnico às Mesas (Pierantoni, 2014).

Essas temáticas mostram a complexidade e, de certa forma, também o caráter incipiente da questão da gestão do trabalho e da dinâmica das Mesas de Negociação, em sua dimensão política, no cotidiano das instituições que formam o Sistema Único de Saúde. Em relação a essas questões, foi sendo constituída a percepção de que a agenda da gestão do trabalho a partir das orientações da Mesa Nacional está enfraquecida por questões relativas à relevância que essa temática tem na agenda dos gestores de primeiro e segundo escalões, mas também nas entidades sindicais.

Ilustra essa percepção, os registros que há um excesso de reuniões para discutir questões relativas à agenda constituída para a gestão do trabalho no SUS; que os participantes das reuniões são sempre os mesmos, inclusive na Mesa Nacional, com baixa renovação e com baixo poder de decisão; que as temáticas são comumente tratadas na perspectiva dos diferentes atores, sendo baixo o deslocamento e feito de forma muito morosa; que há tensões entre os representantes dos trabalhadores, muito mobilizadas pelas divisões de base sindical e representações profissionais; que diferentes encaminhamentos são decididos, muitas vezes sem seguimento e implementação.

As propostas mais frequentemente formuladas para qualificação desse cenário são relativas à: desenvolver ações de educação permanente para apoiadores, de forma a produzir novas tecnologias e redes de apoio; realizar atividades de educação permanente para gestores e trabalhadores, de forma a qualificar as práticas de negociação coletiva, comunicação e informação; desenvolver ações de educação permanente para os membros das mesas de negociação, de tal forma a desenvolver a capacidade de negociação; implementar iniciativas de comunicação mais efetivas com gestores, trabalhadores e usuários, objetivando sensibilizá-los para a temática da negociação e para buscar a participação de outros atores; inserção de temáticas relativas à gestão do trabalho e negociação coletiva na formação de profissionais de saúde (De Castro, *et al.*, 2012). As iniciativas propostas parecem centrar-se na ideia do desenvolvimento de capacidades profissionais e de uma cultura de negociação, que transcende o setor saúde e suas instituições, mas que podem ser influenciadas setorialmente.

A motivação para o seguimento do trabalho nas Mesas, em particular no âmbito federal, se renova diante dos resultados de algumas pesquisas, que demonstram os efeitos desses mecanismos nos locais onde estão implantados e em funcionamento. Há o reconhecimento de que a existência de Mesas de Negociação produz mudanças: a realização de concursos públicos, melhoria das condições de trabalho e implementação de planos de cargos, carreira e salários (PCCS) (Pierantoni, 2014).

Conforme já apresentado, a MNNP-SUS foi instituída em 1993 mas deixou de funcionar pouco tempo depois. Esta iniciativa coincide com a aproximação do Estado com a Sociedade Civil, iniciado com a constituição de 1988, que estabelece mecanismos de hibridização da democracia representativa com arranjos de democracia participativa e consulta popular. Como sabemos, a aproximação entre o Estado e a sociedade



civil teve grande importância para o surgimento do SUS, o que fez da participação um de seus pilares de funcionamento (Labra, 2009; Côrtes, 2009).

Entretanto, foi apenas em 2003 que a MNNP-SUS foi reinstalada em caráter permanente, tendo completado, no ano de 2016, treze anos de atividade ininterrupta. Com a vitória do Partido dos Trabalhadores (PT) ao governo federal, em 2002, temos uma nova fase da participação social no Brasil, incorporando e aprimorando experiências participativas que foram desenvolvidas em suas gestões municipais e estaduais (D’Incao, 2001). Assim, a partir de 2003, o governo federal passa a investir fortemente em mecanismos de participação e consulta popular, consolidando o que se intitulou de Sistema Nacional de Democracia Participativa⁵.

Neste contexto, os arranjos de democracia participativa se tornam parte de uma estratégia de governo, que podem melhorar a gestão - agregando os diferentes atores envolvidos nas políticas públicas - e ampliar a democratização do Estado - fomentando a construção e pactuação de consensos entre atores (Brasil, 2011). As Mesas de Negociação fazem parte desta estratégia de governo e podem ser analisadas no âmbito desta nova fase do participacionismo no Brasil, que desperta interrogações acerca das relações entre o Estado e a Sociedade Civil e seus impactos para a democracia.

Silva (2012) apontou como desafio a conexão entre processos de negociação do trabalho e os arranjos organizacionais do SUS, o que pressupõe o efetivo funcionamento das mesas, bem como a organização de um sistema integrado e permanente de negociação. Castro e Lima (2017) sinalizam o quanto as orientações políticas dos governos influenciam nas configurações e na manutenção de espaços de diálogos que, portanto, são suscetíveis às mudanças políticas na gestão pública. Para esses autores a existência dos espaços de participação é comprometida pelo desinteresse das representações governamentais que tornam os fóruns de negociação e concertação de interesses esvaziados, seja porque não participam das atividades ou por desconsiderar as resoluções pactuadas.

Cabe destacar que produção sistematização de conhecimento que tematize a negociação do trabalho são reduzidas no país (Lima; e De Castro, 2017). A partir de 2017 as publicações sobre as mesas de negociações foram escassas. Tem destaque o livro “Negociação do trabalho no Sistema Único de Saúde” (De Castro e Lima, 2017) que contou com manuscritos exclusivamente sobre essa temática, estudos sobre experiências municipais (Dos Santos, 2018; Neves 2019), sistematização dos resultados da avaliação da implantação da mesa de negociação realizado entre os anos de 2012 e 2013 (Magnano & Cols., 2017) e ensaios teóricos (Guerra Neto et. al., 2018; De Rezende e Trugilho, 2019). A partir do golpe de 2016, o Ministério da Saúde encerra políticas de apoio a construção das mesas de negociação, culminando em 2019 com a extinção da MNNP-SUS, com base na determinação do Decreto nº 9.759/2019, que extingue colegiados da administração pública federal (BRASIL, 2019).

Esse cenário ressalta a importância de investigações sobre essa temática. É preciso investigar os atores, suas ideias e interesses, os processos políticos, as instituições e as mudanças e permanências que permeiam a negociação coletiva do trabalho no SUS. Também é relevante descrever e analisar as experiências exitosas; de tal forma, que se identifique os fatores que contribuem para a efetividade desses processos. A extrema diversidade regional brasileira e a heterogeneidade das experiências de negociação coletiva, associadas ao caráter inovador das políticas de democracia participativa desenvolvidas a partir de 2003, demandam conhecimentos que possam contribuir para o aprimoramento destas iniciativas.

⁵ Este sistema é coordenado pela Secretaria-Geral da Presidência da República e articulou arranjos institucionais participativos como: a) Conselhos Nacionais de Políticas Públicas; b) Conferências Nacionais; c) Mesas de Diálogo; d) Ouvidorias Públicas; e) Programa de Formação de Conselheiros; f) Fóruns de Discussão; g) Audiências Públicas (Brasil, 2011b)

Construindo novas perspectivas de investigação sobre os processos coletivos de negociação do trabalho

A produção até aqui mostra a importância do seguimento de pesquisas sobre essa temática e sobre os dispositivos da política, uma vez que é relativamente recente e que os avanços estão articulados com questões culturais e de maior complexidade. É particularmente oportuno aprofundar pesquisas no contexto de crise institucional e política por que passa o país, onde a representação dos interesses dos trabalhadores tende a ser fragilizada por políticas que preservam interesses externos ao âmbito de trabalhadores e usuários.

A formulação conceitual que embasa essa proposta de pesquisa pretende superar aquela proveniente dos estudos em administração, principalmente a partir dos anos 1970, que designava de recursos humanos a interface dos trabalhadores com o trabalho e os concebia como recurso-meio para a execução da política setorial (Ceccim, 2005). Pretende-se estimular pesquisas que possam identificar se essa transição se verifica no cotidiano e como ela se constitui nas experiências que tem evidências de ter superado o conceito anterior e se enquadra no amplo esforço do Governo em democratizar as realizações entre sociedade e estado (Machado, 2013) através da implementação de arranjos participativos, tais como as mesas de negociação.

A complexidade desse cenário implica a necessidade de articular conhecimentos da área de ciências sociais e humanas, da saúde coletiva, dos núcleos profissionais e das políticas de saúde. Buscando contemplar ao máximo a complexidade deste campo de pesquisa, é importante identificar, por meio da análise dos processos políticos e sociais de negociação coletiva, aqueles exitosos que possibilitam a democratização das relações de trabalho, bem como práticas inovadoras de gestão do trabalho em saúde, que tenham contribuído para o aprimoramento da gestão, da estruturação das redes de atendimento e demais políticas públicas em saúde, em particular, do dispositivo das Mesas de Negociação em âmbito nacional.

Embora a MNNP-SUS seja considerada uma experiência exitosa de negociação coletiva e de desprecarização do trabalho (Deolindo *et al.*, 2012), sabemos pouco acerca do funcionamento das Mesas Setoriais e Locais (Silva, 2012; Araújo, 2009). Este desconhecimento sobre os processos de negociação coletiva no âmbito do SUS pode ser identificado tanto nos dados e documentação disponibilizados pelo governo como na carência de pesquisas e publicações acadêmicas sobre o tema (Lima e De Castro, 2017) .

As poucas pesquisas que encontramos que abordam diretamente o Sistema Nacional de Negociação Permanente, são pouco conclusivas acerca das dinâmicas interacionais desenvolvidas nos processos de negociação (Silva, 2012), ou tratam apenas de aspectos formais e quantitativos da instalação destas mesas (Deolindo *et al.*, 2012; Coelho & Gomes, 2009), ou ainda, abordam experiências locais de negociação (De Castro, De Castro & Lopes, 2012; Oliveira, 2011; Araújo, 2009, entre outros).

A pesquisa de Silva (2012) é a que mais se aproxima da agenda de pesquisa aqui proposta e oferece indicações relevantes acerca do funcionamento destes arranjos participativos. Entretanto, a pesquisa carece de uma sistematização mais rigorosa acerca das dinâmicas interacionais destes processos de negociação. Além disto, seu recorte de pesquisa considerou apenas as mesas que se encontravam em pleno funcionamento (apenas 16 em todo Brasil!), deixando de lado as que foram instaladas e não estão funcionando, bem como aquelas que se encontram em processo de instalação. Analisar o conjunto das mesas, considerando inclusive aqueles processos que foram interrompidos ou não foram bem-sucedidos, parece-nos fundamental para compreender a complexidade deste arranjo participativo, tanto em suas fragilidades como em seus aspectos potencializadores da gestão do trabalho.

A dificuldade de efetivação e proliferação das Mesas de Negociação talvez encontre eco na carência de estudos sobre este arranjo participativo. Tanto na saúde como em outros campos de políticas públicas podemos encontrar uma profusão de autores que estudam arranjos institucionais de democracia participativa. Desde os orçamentos participativos (Avritzer, 2002; 2004), os conselhos de políticas públicas (Côrtes, 2009; 2009b; 2006), até as conferências (Pogrebinski, 2010; Silva, 2010), diversas pesquisas vêm aportando um vasto arcabouço teórico que nos orienta na compreensão de seus impactos e modos de funcionamento.



Segundo Côtres (2006), as principais vantagens identificadas pelos autores acerca das capacidades democratizantes dos arranjos participativos se referem à constatação de que os gestores se vêem pressionados a levar em conta o interesse de atores sociais tradicionalmente excluídos do processo político. Além disto, estes autores apostam que a aproximação entre gestores e atores da sociedade civil favorece o aperfeiçoamento dos modos limitados de participação política e dificulta a manutenção de padrões autoritários de decisão e de formas clientelistas de relação entre governos e interesses sociais (Côtres, 2006).

Entretanto, alguns autores se mostram céticos quanto à capacidade da participação institucionalizada favorecer a democratização da gestão pública ou a implementação de políticas eficientes. Segundo Côtres (2006), as principais críticas aos arranjos participativos argumentam que os desenhos institucionais restringem a participação a alguns cidadãos, permitindo que o processo político seja dominado por gestores ou por grupos que dispõe de maiores recursos econômicos e acesso às estruturas de poder. Em síntese, o impacto democratizante destes arranjos não é autoevidente e depende da qualidade da participação, da vontade política dos gestores, entre diversos outros fatores, o que requer desenhos institucionais efetivamente abertos aos processos instituintes.

Desta forma, para compreender os processos de participação é necessário investigar como funcionam as mesas de negociação, quais condições viabilizam e potencializam suas ações, bem como os impactos dos processos de negociação na gestão do trabalho no âmbito do SUS. De modo complementar aos aspectos institucionais da instalação desta política pública, é fundamental compreender os processos subjetivos, as interações sociais e as articulações políticas, considerando as particularidades de cada ator, de cada contexto, bem como os conflitos e hierarquias que os posicionam na arena política.

Uma pergunta possível para estudos sobre essa temática deve se valer de muitas destas reflexões, como também dos estudos sobre negociação coletiva fora do âmbito da saúde (Demari, 2007; Stoll, 2007). Entretanto, a magnitude que as políticas de saúde assumiram com a criação do SUS torna imperativo que consideremos as especificidades das Mesas de Negociação Permanente neste setor. Desde já, uma vez que os efeitos positivos dos arranjos participativos se dão de forma contextualizada, questionar os modos como são implementados os processos de negociação coletiva implica em reflexões profundas sobre os limites e potencialidades dos mecanismos institucionais para expandir e garantir os princípios democráticos.

Deste modo, estas questões centrais podem contribuir para reflexões mais amplas no campo das ciências humanas e sociais e que ajudam a interrogar o campo de pesquisa: como pensar o descrédito e o ceticismo com relação à atuação do Estado, do governo e das políticas institucionais frente a necessidade persistente de regulação das relações sociais? Pensando sobre a estruturação das instituições governamentais, que tipos de discursos sobre o Estado circulam entre aqueles que o ocupam? Quais concepções de política, Estado e democracia nutrem esses sujeitos? Quais valores estão em disputa? Que possibilidades a democracia participativa traz para repensarmos o estado na atualidade?

Além da análise da política pública em questão, é importante ressaltarmos que os resultados de pesquisa que abordem os processos de negociação coletiva a partir desse recorte do problema podem ajudar a compreender melhor os modos de subjetivação política no interior das instituições governamentais, bem como, contribuir para a construção de uma perspectiva mais elaborada acerca dos discursos políticos construídos em espaços estatais, considerando a articulação dos atores coletivos, (no caso desta pesquisa, sobretudo os sindicatos e federações), com as políticas públicas. Resultados dessas investigações podem oferecer um panorama sobre a natureza do político no período contemporâneo a partir de um caso concreto de gestão, para além das disputas partidárias, mas sem ignorá-las. Esforços nesse sentido são pertinentes aos debates atuais sobre análise de políticas públicas, análise institucional das instituições governamentais, e para os estudos sobre movimentos sociais, com enfoque na gestão do trabalho e nos arranjos institucionais de democracia participativa.

Mesas de Negociação do Trabalho no SUS: uma agenda de pesquisa e proposição metodológica

Considerando as mudanças recentes acerca da política de participação social e de gestão do trabalho, é fundamental avaliar o estágio de organização, as articulações políticas e a efetividade das diferentes experiências de negociação coletiva e gestão do trabalho no âmbito do SUS. Trata-se de problematizar a legislação, os arranjos institucionais e os processos políticos desenvolvidos junto ao Sistema Nacional de Negociação Permanente do SUS (SiNNP-SUS).

Com o objetivo contribuir para o desenvolvimento de instrumentos que auxiliem na tomada de decisões na gestão do trabalho em saúde, aprofundando a democratização das relações laborais e a valorização dos trabalhadores no SUS é que tem relevância estudar as mesas ainda em funcionamento, que tiveram experiências exitosas, os processos que foram descontinuados ou não foram bem-sucedidos.

Analisar os diferentes modos de funcionamento das mesas, as idéias, interesses e formas de atuação dos atores envolvidos possibilita compreender a complexidade dos arranjos participativos, ou seja, as fragilidades e as potencialidades destes para a democratização das relações de trabalho.

Inventariar as práticas inovadoras de gestão do trabalho em saúde, que tenham contribuído para o trabalho decente, vivo em ato e implicado com a resposta às necessidades de saúde nos territórios possibilita a contribuição com novas políticas e experiências. Neste sentido, é que se propõe uma agenda de pesquisa que possa:

- Avaliar o estágio de organização e articulação entre as diferentes experiências de negociação coletiva no âmbito do SUS, bem como suas conexões intersetoriais e os demais atores envolvidos. Isto implica em: a) identificar experiências e situações extremas, com base nos indicadores, que se constituem como casos exemplares de experiências exitosas de negociação; b) analisar o processo político de instalação das mesas que não se tornaram espaços efetivos de negociação e articulação dos interesses e dilemas dos gestores e trabalhadores da saúde, buscando mapear quais os entraves mais comuns.
- Conhecer e analisar os percursos políticos e profissionais dos egressos do curso de negociadores, das oficinas de planejamento para Mesas de Negociação, bem como dos cursos de qualificação de gestores e trabalhadores para o processo de negociação;
- Traçar um diagnóstico do funcionamento das Mesas de Negociação no Brasil e um panorama da estruturação dos arranjos participativos do SiNNP-SUS, compreendendo seus organogramas, fluxos institucionais e aspectos informais do processo político.
- Revisar a literatura sobre negociação coletiva no setor público, analisando as divergências e convergências teóricas para compreensão deste fenômeno no âmbito da saúde.
- Estudar em profundidade as experiências nas quais o funcionamento está distante das práticas instituídas. Este objetivo parte da hipótese de que os locais nos quais o funcionamento e a organização dos serviços escapam ao prescrito, sobretudo pela ausência de determinadas categorias profissionais ou recursos específicos, podem nos ensinar formas inovadoras de solucionar problemas que surgem inclusive nos contextos nos quais os cargos de trabalho estão todos preenchidos a assistência segue padrões convencionais de funcionamento.
- Compreender e analisar as dinâmicas interacionais e os atravessamentos políticos envolvidos nas diferentes experiências de negociação coletiva no âmbito do SiNNP-SUS, de modo a compreender a qualidade da participação e a efetividade do processo político.
- Identificar e analisar os impactos políticos da negociação coletiva, considerando seus efeitos positivos e negativos tanto para a gestão do trabalho como para a organização sindical;

- Compreender os efeitos das Mesas de Negociação para a promoção da igualdade, considerando as desigualdades de gênero, raciais, geracionais, de orientação sexual e identidade de gênero, entre outras, identificando as possibilidades de combater a discriminação nos locais de trabalho (Este objetivo contempla alguns princípios específicos da Convenção 151, da OIT);
- Reconhecer e comparar com experiências internacionais na gestão do trabalho no âmbito da OPAS;
- Identificar os efeitos das políticas federais de esvaziamento dos arranjos de participação para a negociação do trabalho;
- Inventariar as novas questões de gestão e negociação do trabalho que surgem com a pandemia da COVID-19 no Brasil.

Considerações finais

As pesquisas que abordam o tema da Gestão do Trabalho e Negociação Coletiva em Saúde mostram-se insuficientes para responder à complexidade desta temática e sobre as dinâmicas interacionais envolvidas nos processos de negociação. Os estudos mais frequentes dedicam-se aos aspectos quantitativos e formais da instalação das mesas de negociação. Uma agenda de pesquisa, em rede e colaborativa entre as instituições que envolva atores inseridos em espaços de gestão, atenção, participação social e educação poderá contribuir para a construção de um campo de ação estratégica e apoiar os processos participativos de formulação, decisão e implementação da política de gestão do trabalho que é estratégica para o SUS. Tal agenda perpassa diferentes problematizações que possibilitem superar o debate de “Recursos Humanos na Saúde”, contemplando as distintas dimensões do Trabalho em Saúde, tais como: a regulação; a despreciação; o fortalecimento dos vínculos; as condições de trabalho; a saúde dos trabalhadores e; os processos que revelam no interior das instituições os modos como operaram no cotidiano as relações de trabalho.

A gestão do trabalho é uma área imprescindível para o fortalecimento do SUS. No entanto, mostra-se dependente de grupos de interesse, sejam os atores partidários, dos governos, das corporações ou do mercados. Estes interferem na ampliação ou na restrição da democratização, ou seja da participação de trabalhadores e usuários do SUS na elaboração das políticas.

Esse fato evidencia a necessidade de uma agenda de pesquisa sobre o Sistema Nacional de Negociação Permanente do Sistema Único de Saúde, sobre as experiências exitosas de Mesas de Negociação e as que não obtiveram sucesso em suas implementações para uma melhor compreensão da complexidade dos arranjos participativos de maneira a permitir a institucionalização desses espaços no âmbito do SUS.

Apenas se faz saúde com a implicação dos trabalhadores, portanto, uma agenda de pesquisa nesse campo temático, permitirá análises e avaliações das experiências de negociação participativa desenvolvidas e apoiará a organização e o desenvolvimento de práticas inovadoras de gestão do trabalho em saúde.

Referências:

ÁLAMO, F. **Análisis Sociológico del Sistema de Discursos**. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas, 2010.

ARAÚJO, A. Mesa Estadual de Negociação Permanente - Avanços e Desafios na Relação Governo e Servidores. In: II Congresso consad de Gestão pública, Brasília/DF, 2009.

AVRITZER, L. **A participação em São Paulo**. Editora Unesp: São Paulo, 2004.

AVRITZER, L. Modelos de deliberação democrática: uma análise do orçamento participativo no Brasil, in: SANTOS, B. (org.) **Democratizar a democracia: os caminhos da democracia participativa**. Civilização Brasileira: Rio de Janeiro, 2002.

- BARBOSA, N. B.; *et al.* Mesa Permanente de Negociação de Goiânia: trajetória e desafios à consolidação. In. CASTRO J. L.; LIMA R. R. T. (org.) **Negociação do trabalho no Sistema Único de Saúde**. UNA: Rio Grande do Norte, 2017, p. 167-185.
- BEZERRA M. M.; MEDEIROS K. R.; Limites do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB): em foco, a gestão do trabalho e a educação na saúde. **Saúde em Debate**, v. 42, n. esp. DOI.org/10.1590/0103-11042018s213
- BRAGA, D. G. Programa de Capacitação de Negociadores do SUS: construindo o Sistema Nacional de Negociação Permanente do SUS – SiNNP – SUS. Internacional de Serviços Públicos, ISP – Brasil: São Paulo, 2007.
- BRASIL, **Decreto Nº 9.759, DE 11 de abril de 2019**. Extingue e estabelece diretrizes, regras e limitações para colegiados da administração pública federal. Presidência da República, 2019.
- BRASIL. **Conselhos Nacionais**: Dados Básicos, Organização, Gestão Atual, Finalidade, Composição, Competências. Secretaria Nacional de Articulação Social da Secretaria-Geral da Presidência da República, 2010.
- BRASIL. **Democracia Participativa**: Nova relação do estado com a sociedade (2003-2010). Secretaria-Geral da Presidência da República, 2011b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. **Portaria Ministerial no 2.261, de 22 de setembro de 2006**. Implanta o Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS – ProgeSUS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 set. 2006b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria no 929/GM, de 02 de maio de 2006**. Institui o Fórum Permanente MERCOSUL para o Trabalho em Saúde. Ministério da Saúde, 2006.a
- BRASIL. **Princípios e Diretrizes para a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOBRH/SUS)**. Ministério da Saúde. Brasília: DF, 2000.
- BRASIL. **Resolução No 52, de 06 de maio de 1993**. Institui a Mesa Nacional de Negociação, dispondo suas atribuições e composição. Conselho Nacional de Saúde. Ministério da Saúde, 1993.
- BRASIL. **Seminário Nacional Pró-Saúde e PET - Saúde. Brasília, 20 de outubro de 2011**. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES). Ministério da Saúde, 2011.
- COELHO, M. C. R.; GOMES, M. L. B. O Sistema Nacional de Negociação Permanente do SUS como Instrumento de Gestão do Trabalho em Saúde. In: **Anais da 12ª Jornada Nacional de História da Enfermagem Brasileira**, Rio de Janeiro, 2009.
- CÔRTEZ, S.M. V. Conselhos e conferências de saúde: papel institucional e mudança nas relações entre Estado e sociedade. In FLEURY, S. & LOBATO, L. V. C. **Participação, Democracia e Saúde**, Cebes: Rio de Janeiro: 2009b., p. 102 - 128.
- CÔRTEZ, S.V. (org.). **Participação e saúde no Brasil**. Fiocruz: Rio de Janeiro, 2009.
- CÔRTEZ, S.V. Céticos e esperançosos: perspectivas da literatura sobre participação e governança na área da saúde. In: Pinheiro, R.; Mattos, R. A. (Org.). **Gestão em Redes**: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. CEPESC: Rio de Janeiro, 2006, p. 311-342.
- CRESWELL, J. **Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches**. London: SAGE, 2003.
- D'INCAO, M. (org.). **O Brasil não é mais aquele...** Mudanças sociais após a redemocratização. São Paulo: Editora Cortez, 2001.
- CASTRO, J.L.; LIMA, R.R.T. Introdução. In. CASTRO J. L.; LIMA R. R. T. (org.) **Negociação do trabalho no Sistema Único de Saúde**. UNA: Rio Grande do Norte, 2017, p. 202.
- CASTRO, J.L.; CASTRO J. L.; LOPES, F. D. Negociação coletiva: um estudo sobre as mesas de negociação do trabalho nos serviços de saúde no Brasil. *IV*: CASTRO, J. L.; VILAR, R. L. A.; OLIVEIRA, N. H. S. **As trilhas e os desafios da gestão do trabalho e da educação na saúde**. Una: Rio Grande do Norte. 2016a. 233 p.
- CASTRO, J.L.; CASTRO J. L.; LOPES, F. D. Negociação permanente: uma estratégia de gestão possível nas instituições de saúde? *IV*: **Divulg. saúde debate**, n. 47, p. 77-83, maio 2012.
- DE REZENDE COELHO, M. C.; TRUGILHO, S. M. **A hegemonia na mesa de negociação permanente do Sistema Único de Saúde**: uma análise a partir dos pressupostos de Gramsci. **Lutas Sociais**, v. 23, n. 42, p. 54-68, 2019.



- DEMARI, M. **Negociação coletiva no serviço público**. Dom Quixote: Porto Alegre, 2007.
- DEOLINDO, E.M.O.; DE MENDONÇA, E.P; BRIZOLARA, R.V.; BOTELHO, Z.G.A. A negociação do trabalho em saúde: um balanço das mesas de negociação permanente do SUS. In: **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 47, p. 77-83, maio, 2012.
- DOS SANTOS, E. C.; SODRÉ, F; BORGES, L.H. Descrição do processo de negociação coletiva intermediado pela Mesa Municipal de Negociação Permanente. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde/Brazilian Journal of Health Research**, v. 20, n. 1, p. 102-111, 2018.
- FAIRCLOUGH, N. **Discurso e mudança social**. Universidade de Brasília: Brasília, 2001.
- FEDERAÇÃO DOS SINDICATOS DOS SERVIDORES PÚBLICOS DO ESTADO DE SP. **Bolsonaro extingue através de Decreto a Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS**. Site: <https://fessp-esp.org.br>, 2019. Disponível em: <https://fessp-esp.org.br/bolsonaro-extingue-atraves-de-decreto-a-mesa-nacional-de-negociacao-permanente-do-sus>. Acessado em 20 de março de 2021.
- FERREIRA, B. **O risco do Político**: Crítica ao liberalismo e teoria política no pensamento de Carl Schmitt. Editora UFMG: Belo Horizonte, 2004.
- GUERRA NETO, C. L. B.; HÉKIS, H. R. ; CASTRO, J. L. ; ALVES, R. L. S.; BARBOSA, J. G.. A mesa nacional de negociação no SUS: reflexões sobre o seu marco regulamentar. **Revista Brasileira de Inovação Tecnológica em Saúde**, v. 7, p. 26-47, 2018.
- JALES E. D.; JALES R. D.; Gomes J. G. N. O PMAQ-AB enquanto ferramenta de gestão do trabalho em saúde a partir das percepções dos gestores e profissionais de saúde. **Rev Saúde Ciênc**, v.6, n.3, , p.77-97, 2017
- KLANDERMANS, B.; STAGGENBORG & TARROW. Blending Methods and Building Theories in Social Movements Research. In: Klandermans & Staggenborg, (ORG) **Methods of Social Movement Research**. Minneapolis:University of Minnesota Press, 2003.
- LABRA, M. E. Política Nacional de Participação na Saúde: Entre a utopia democrática do controle social e a práxis predatória do clientelismo empresarial. In FLEURY, S. & LOBATO, L. V. C. **Participação, Democracia e Saúde**, Cebes: Rio de Janeiro, 2009, p. 176 - 203.
- LIMA, R. R. T.; CASTRO, J. L. A produção científica acerca da negociação coletiva do trabalho em saúde no Brasil, In: CASTRO J. L.; LIMA R. R. T. (org.) **Negociação do trabalho no Sistema Único de Saúde**. UNA: Rio Grande do Norte, 2017, p. 202.
- MACHADO, F. V. **Do Estatal à Política**: uma análise psicopolítica das relações entre o Estado e os movimentos de juventudes e LGBT no Brasil (2003-2010). Tese de Doutorado em Psicologia Política, Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, 2013.
- MACHADO, M. H.; AMÂNCIO FILHO, A.; Moysés, N. M. N.; *et al.* Perfil das equipes gestoras de recursos humanos qualificadas no ProgeSUS. **Divulg. saúde debate**, n. 47, p. 77-83, maio 2012.
- MENDES, J. (2003). Perguntar e observar não basta, é preciso analisar: algumas reflexões metodológicas. Disponível em <http://www.ces.uc.pt/publicacoes/oficina/194/194.pdf>. Acessado em 16 de janeiro de 2004.
- NEVES, M. M. G. de O.; *et al.* **Análise da implementação da mesa de negociação setorial da Secretaria de Saúde do Recife**. Tese de Doutorado. Fundação Oswaldo Cruz. Instituto Aggeu Magalhães. Recife, PE, Brasil, 2019.
- OLIVEIRA, M. **Análise do processo de implementação da mesa de negociação setorial da Secretaria de Saúde do Recife no Período de 2008 a 2010**. Monografia. Especialização em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Fundação Oswaldo Cruz, 2011.
- PIERANTONI, C. R. **Relatório referente à Pesquisa Avaliação de Políticas e Programas Nacionais da Gestão do trabalho e da Educação em Saúde no SUS**. Observatório de RH, estação Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.
- PIMENTEL, A..O método da análise documental: seu uso numa pesquisa historiográfica. In. Cadernos de Pesquisa. Novembro, (2001)

PINTO H. A.; FERLA A. A.; CECCIM R. B.; *et al.* Atenção Básica e Educação Permanente em Saúde: cenário apontado pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). **Divulg. saúde debate** n. 51, p. 45-160, out/2014.

POGREBINSCHI, T. Participação como Representação: Conferências Nacionais e Políticas Públicas para Grupos Sociais Minoritários no Brasil. Paper apresentado no **Encontro da Associação Nacional de Pesquisa em Ciências Sociais**. Caxambu, 2010.

Possa L.B; Trepte R.F, Plentz L.M., et. al. Planejamento da força de trabalho como tradução de imagens sobre o trabalho: teorias, conceitos e movimentos. In: Possa LB, Trepte RF, Gosch CS et. al. organizadores. **Dimensionamento da força de trabalho em saúde: gestão em ato e territórios em diálogo**. Porto Alegre: Rede Unida; 2020. p. 17-31.

SANTOS, T. M. SOUZA; Hoefel, M. G. L. A negociação coletiva no âmbito do Sistema Único de Saúde In: CASTRO J. L.; LIMA R. R. T. (org.) **Negociação do trabalho no Sistema Único de Saúde**. UNA: Rio Grande do Norte, 2017, p. 202.

SEIDL H.; VIEIRA S P; FAUSTO M. C. R.; LIMA R. C. D. ; GAGNO J. Gestão do trabalho na Atenção Básica em Saúde: uma análise a partir da perspectiva das equipes participantes do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, v. 38, p. 94–108, 2014.

SILVA, N. D. S. **Sistema Nacional de Negociação Permanente do SUS**: um instrumento de gestão. Dissertação de Mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2012.

SILVA, V. **As Conferências Públicas Nacionais como forma de inclusão política**: alguns determinantes da capacidade inclusiva desses espaços de participação e deliberação. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-graduação em Ciência Política da Universidade Federal de Minas Gerais, 2010.

STOLL, L. B. **Negociação coletiva no setor público**. Ltr: São Paulo, 2007.



ÍNDICE REMISSIVO

A

Ações e atividades da Vigilância 25
Agência Nacional de Vigilância Sanitária 16
Agenda pública 44
Alienação do trabalho 55
Aprendizagem crítico-reflexivo 48
Atenção Básica 5, 7, 9–10, 17–18, 31, 33–38, 40–41, 51, 59, 65, 70, 80, 82
Autonomia 43–44, 46–47, 51, 56, 58, 60, 63

B

Biopoder 55
Burocrático 69

C

Campos de prática 11, 63–65
Carga horária programada 29
Colaboração interprofissional 6, 10–11, 51–54, 56–57, 60
Conferência 14–16, 31–32
Controle de agravos e doenças 16
Cuidado 7, 9, 11–12, 15, 24–25, 28, 32, 34, 37, 39, 41, 51, 56–57, 60, 63–65, 67, 69–71, 91

D

Democratização das relações de trabalho 11, 68, 72, 76, 78
Desprecarização do trabalho 14, 76
Descentralização 14, 16–18, 31, 43–44, 46, 48–50
Desprecarização 14, 69, 76, 79
Dimensionamento da Força de Trabalho 3, 5, 9, 13, 18, 22, 27, 29, 32, 82
Dinâmica de grupo 56
Doenças Transmissíveis 10, 15–19, 23–24, 29
Doenças Transmissíveis e Não Transmissíveis 10, 18

E

Educação Permanente 9, 18–19, 22, 24, 26, 28, 31, 35–38, 47, 59, 61–62, 65, 67–68, 70, 74, 82, 88
Empoderamento 49, 52
Equidade 9, 11, 17
Escopo de práticas 24, 27
Estratégias motivacionais 57
Estratégia de Saúde da Família 10–11, 36, 62
Extensão universitária 10, 42, 47

F

Fatores de risco 17, 24, 26

Força de trabalho 3, 5, 9, 13–15, 18–19, 22–24, 27–32, 71, 82

Formação 5–6, 9–15, 18–19, 31, 33–42, 45–49, 59, 61–63, 67, 69–72, 74–75, 80, 88

Formação em Saúde 6, 10, 42, 67, 88

G

Gestão 3–4, 6–7, 9–12, 14–20, 24–29, 31–32, 35–37, 40–42, 44–50, 52, 55, 60, 62–65, 67–82, 87, 91

Gestão do Trabalho 3–4, 7, 9, 11–12, 14–15, 18–19, 27, 29, 32, 35, 40, 42, 46, 49, 52, 64, 67–74, 76–82, 87, 91

Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde 9, 14

Graduação de medicina 33–34, 39

H

Habilidades 19, 29–30, 48, 59, 63–64

Hierarquização 44, 69

Humanização 38, 61, 67

I

Índice de Desenvolvimento Humano 45

Índice de Segurança Técnica 28

Informação epidemiológica 16

Integralidade 11, 13, 17, 51, 60–61, 65, 67–68, 70–71

Internalização 54, 56, 64

Interinstitucionais 35, 37, 63

Interinstitucionalidade 35, 37

Interprofissionalidade 10

Instituições de ensino 10, 26, 34, 39–40, 73

L

Leis 40, 44

Legislação 73, 78

M

Medicina Geral de Família e Comunidade 33, 40

Mesas de negociação 11, 69–71, 73–79, 81

Mesa Nacional de Negociação do Sistema Único de Saúde 71

Micropolítica 12, 60, 70

Modelagens tecnoassistenciais 29, 69

Modelo hegemônico biomédico 51

Multiprofissional 6, 11, 42, 52, 55, 61–65, 67, 70, 87–88

Multidisciplinaridade 51

N

Negociação 6, 11–12, 14, 19, 31, 43, 68–82

Negociação coletiva do trabalho em saúde 6, 11

Necessidades em saúde 7, 13, 15

O

Organização dos processos de trabalho 11, 29

P

Pandemia da Covid-19 12, 71, 79

Participação 4, 7, 9–12, 15, 17, 26, 34, 36, 44, 49, 56–58, 68–72, 74–75, 77–82, 91

Planejamento dos serviços de saúde 10, 42, 45

Planejamento em saúde 18, 44–46

Planejamento participativo 45



Política Pública 44, 61, 68, 77
Política Nacional de Gestão do Trabalho e de Educação na Saúde 14
Política Nacional de Vigilância em Saúde 17, 31
Práticas centradas nas pessoas 9, 91
Práticas inovadoras 12, 68, 76, 78–79
Prevenção 16–19, 21, 23, 32, 51, 57, 65
Processo de trabalho 11, 22, 24, 32, 45, 54–56, 63–64, 70
Programa de Residência 10–11, 62, 67, 87
Programa Mais Médicos 5, 10, 33, 40–41
Promoção 10, 17–19, 25–26, 31–32, 51, 53, 55, 57, 59–60, 65, 70, 79
Pronto Socorro 11, 62–63, 65
Provimento 5, 10, 14, 33–36, 38–40, 69

Q

Qualificação dos profissionais 14

R

Recursos humanos 4, 7–8, 14, 17, 23, 32, 38, 46, 69, 72, 76, 79–81, 86
Recursos Humanos para a Saúde 14
Rede de atenção 10, 13, 18, 23–24, 31, 61–62, 65
Regionais de saúde 38, 45
Regionalização 17, 31, 44, 46, 49, 69
Residência Multiprofissional em Saúde 11, 61, 67, 88
Roda da Alegria 53, 56

S

Sistema de vigilância 10, 15–16, 22, 25, 29, 31
Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica e Ambiental 16
Sistema Único de Saúde 6, 9–11, 15, 18, 40, 42, 46, 50–51, 61, 68, 70–71, 74, 79–80
Sobrecarga de trabalho 23, 45, 71

T

Tecnologias leves 59, 70
Tenda do Conto 54
Território 10, 13, 16–18, 22–23, 31, 36, 39, 45, 47, 51, 57, 59
Trabalho em saúde 4, 6–7, 9, 11–15, 18, 27, 29, 32, 41, 48, 62–65, 68–73, 76, 78–82, 91
Trabalho com grupos 6, 10, 51–52, 54, 57–59

U

Uberização 12
Unidades Básicas de Saúde 33–34
Universalidade 13, 17
Urgência e Emergência 6, 11, 61–65, 67, 87
Usuário 58, 63

V

Vigilância em Saúde 9, 16–19, 23, 31–32
Vigilância epidemiológica 5, 9–10, 13–21, 23–32
Vigilância Sanitária 16–18, 21, 31
Vínculo 37, 48, 57–58, 60, 74



SOBRE AS AUTORAS E OS AUTORES

Organizadoras e Organizador

Lisiane Bôer Possa - Sanitarista, doutora em sociologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Professora Associada da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Coordenadora do Projeto de Qualificação e Fortalecimento da Gestão do Trabalho no estado do Tocantins, Rede Unida/OPAS.

E-mail: lisiane.possa@ufsm.com

Quelen Tanize Alves da Silva – Fisioterapeuta e pesquisadora. Mestra em educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de São Paulo e trabalhadora do Grupo Hospitalar Conceição.

E-mail: quelentanize@gmail.com

Renata Flores Trepte - Psicóloga e pesquisadora. Mestra em Saúde Coletiva e doutoranda em Psicologia Social e Institucional pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) .

E-mail: renata.trepte@gmail.com

Cristiane Scolari Gosch - Psicóloga. Doutora em Psicologia pela Universidade de Brasília (UNB) Pesquisadora e Preceptora no Projeto de Qualificação e Fortalecimento da Gestão do Trabalho no Tocantins - OPAS/Rede Unida.

E-mail: crisgosch@gmail.com

Alcindo Antônio Ferla - Médico, doutor em educação. Professor permanente dos Programas de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do SUL (UFRGS). Membro titular da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho (CIRHRT) do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

E-mail: ferlaalcindo@gmail.com

Demais Autores e Autoras

Antonio Adolfo Mattos de Castro – Fisioterapeuta, mestre e doutor em Ciências. Professor adjunto da Universidade Federal do Pampa (Unipampa).

E-mail: antoniocastro@unipampa.edu.br

Caroline Biserra Costa da Luz - Enfermeira desde 2005 Gestora do programa de IST/Aids e Hepatites Virais do Estado do Tocantins Especialista em Gestão em Enfermagem pela Universidade Federal de São Paulo (UNESP) Especialista em Saúde do Trabalhador - IBPEX/FACINTER COREN/TO n 143.466.

E-mail: caroleninhoph@gmail.com

Daniela Savi Geremia - Doutor em Saúde Coletiva. Docente do curso de graduação em Enfermagem. Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS).

E-mail: daniela.geremia@uffs.edu.br

Eleine Maestri - Doutorado em Enfermagem. Docente do curso de graduação em Enfermagem. Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS).

E-mail: eleine.maestri@uffs.edu.br

Erotildes Antunes Xavier - Especialista em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde e Mestre em Saúde Pública, ENSP-Fiocruz. Associação Brasileira da Rede Unida/Preceptorial de projetos.

E-mail: erotildesax@uol.com.br

Hájussa Fernandes Garcia- Graduada em Fisioterapia pelo Centro Universitário Luterano de Palmas; Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: hajussagarcia@gmail.com.

Ianka Cristina Celuppi - Acadêmica do curso de graduação em Enfermagem. Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS).

E-mail: iankacristinaceluppi@gmail.com

Jéssica Ferreira - Acadêmica do curso de graduação em Enfermagem. Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS).

E-mail: jessicaferreira2603@gmail.com

Juliana Martins Holstein - Graduada em Fisioterapia pela Universidade Federal do Pampa; Especialista em Urgência e Emergência pelo Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde na Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA), campus Uruguaiana.

E-mail: ju_fisio33@yahoo.com.br

Luiza Maria Plentz – Graduada em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS); Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Paraná (UFPR).

E-mail: plentzluiza@gmail.com

Maria Adelane Monteiro da Silva - Enfermeira. Pós Doutorado pela UFC/ CAPES, Doutorado pela Universidade Federal do Ceará (UFC), doutorado Sanduiche pela Escola Superior de Enfermagem da Cidade do Porto-PT. Professora adjunta da Universidade Estadual Vale do Acaraú e docente permanente do Mestrado Profissional em Saúde da Família- RENASF/ FIOCRUZ/UVA e do Mestrado Acadêmico em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Sobral-CE, Brasil.

E-mail: adelanemonteiro@hotmail.com

Mariana Fonseca Paes - Mestranda, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

E-mail: marypaes20@yahoo.com.br

Mónica Padilla - Asesora de Sistemas y Servicios de Salud Oficina de OPS/OMS en Colombia.

E-mail: padillamo@paho.org

Neires Alves de Freitas - Educadora Física. Mestranda em Saúde Coletiva (IMS/UERJ). Especialista em Caráter de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (EFSFVS/UVA). Brasil.

E-mail: neiresfreitas@hotmail.com

Osmar Arruda da Ponte Neto - Fisioterapeuta. Mestrando em Saúde da Família (UFC), Especialista em Caráter de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (EFSFVS/UVA). Preceptor de Educação Permanente em Saúde, da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia. Sobral-CE, Brasil.

E-mail: netoarruda@live.com

Patrícia Alves Carneiro – Bacharel em Química pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (1999). Mestra em Química pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, doutora em Química pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho. Professora Associada II do Departamento de Química, do Instituto de Ciências Exatas, Universidade Federal Fluminense.

E-mail: patriciacarneiro@puvr.uff.br.

Quiteria Larissa Teodoro Farias - Acadêmica de Enfermagem pela Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Bolsista do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Tecnológica (PIBIT/CNPq/UVA). Sobral-CE. Brasil.

E-mail: larissa.teodoro1996@gmail.com

Stela Nazareth Meneghel – Médica, mestre e doutora em ciências médicas. Professora Associada da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. (UFRGS).

E-mail: stelameneghel@gmail.com

Viviane Oliveira Mendes Cavalcante- Enfermeira. Mestranda em Saúde da Família (UVA/RENASF), Especialista em Caráter de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (EFSFVS/UVA). Tutora do Sistema Saúde-Escola do Município de Sobral-CE, Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia. Brasil.

E-mail: viviolivermendes@hotmail.com



A Editora Rede UNIDA oferece um acervo digital para acesso aberto com mais de 200 obras. São publicações relevantes para a educação e o trabalho na saúde. Tem autores clássicos e novos, com acesso gratuito às publicações. Os custos de manutenção são cobertos solidariamente por parcerias e doações.

Para a sustentabilidade da Editora Rede UNIDA, precisamos de doações. Ajude a manter a Editora! Participe da campanha "e-livro, e-livre", de financiamento colaborativo. Acesse a página e faça sua doação.

Com sua colaboração, seguiremos compartilhando conhecimento e lançando novos autores e autoras, para o fortalecimento da educação e do trabalho no SUS, e para a defesa das vidas de todos e de todas.

Acesse nossos links:

- [Biblioteca Digital da Editora Rede Unida](#)
- [Campanha "e-livro, e-livre" de sustentabilidade das publicações abertas](#)

E lembre-se:

compartilhe os links das publicações, não os arquivos.

Atualizamos o acervo com versões corrigidas e atualizadas e nosso contador de acessos é o marcador da avaliação do impacto da Editora.

Ajude a divulgar essa ideia!

A vibrant, multi-colored powder splash graphic at the bottom of the page. The colors transition from deep red on the left, through orange and yellow in the center, to bright green on the right. The particles are fine and create a soft, ethereal cloud effect.

No trabalho em saúde os quefazeres, ou seja, o que tem que ser feito, uma vez que sejam mobilizados pelos desejos, implicações éticas e políticas com a vida de todos, são potentes para desencadear criatividade, inovações e reflexões. É na experimentação, nos encontros, tendo como imperativo às práticas centradas nas pessoas, que “o que tem que ser feito” para produzir a gestão do trabalho e educação se desdobra em múltiplas possibilidades e em cuidado dos trabalhadores e dos usuários do SUS.

O livro “Gestão do Trabalho em Saúde: experiências na atenção, gestão, participação e educação” é resultado de uma chamada pública e nos apresenta várias dessas experimentações, anuncia quefazeres que provocaram em seus desenvolvimentos reflexões, afecções, mobilizaram desejos, produzem mudanças de mundo, das pessoas e do entorno.

