The background is a warm, yellow watercolor wash. Scattered throughout are dark brown silhouettes of dandelion seed heads and seeds, some of which are in motion, appearing to float or blow. There are also several bird silhouettes in flight, adding a sense of movement and life to the composition. The overall aesthetic is soft and organic.

Bruno Guimarães de Almeida
Isabela Cardoso de Matos Pinto
Organizadores

GESTÃO DO TRABALHO NO SUS BAHIA:

Esquadrinhando caminhos e
esperançando a prática

**GESTÃO DO TRABALHO NO SUS BAHIA:
ESQUADRINHANDO CAMINHOS
E ESPERANÇANDO A PRÁTICA**

Bruno Guimarães de Almeida
Isabela Cardoso de Matos Pinto
Organizadores

**GESTÃO DO TRABALHO NO SUS BAHIA:
ESQUADRINHANDO CAMINHOS
E ESPERANÇANDO A PRÁTICA**

Todos direitos autorais reservados e protegidos pela Lei nº. 9.610 de 19 de fevereiro de 1998. É proibida a duplicação ou reprodução desta obra, no todo ou em parte, sob quaisquer formas ou por quaisquer meios (eletrônico, mecânico, gravação, fotocópia ou outros), sem a permissão prévia, por escrito dos autores e/ ou organizadores.

Todo Revisado segundo o novo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa

Editora

AVOHAI Eventos Ltda

Rua Castelo de Sintra, 968, LOJA A

Castelo - Belo Horizonte - MG

CEP 31330-200

Telefone: (31) 3476-6566

E-mail: avohaieventos@yahoo.com.br

Projeto gráfico do miolo e diagramação: Rodrigo Melo

Revisão: Carmen Fontes Teixeira

Capa: Rodrigo Melo

Imagem da Capa: Flor dente de leão (O nome científico do gênero é taraxacum sendo a sua espécie mais disseminada a Taraxacum officinale). A referida flor possui o significado de liberdade, otimismo, esperança e luz espiritual.

Catálogo na Publicação

A447g Gestão do trabalho no SUS Bahia: esquadrinhando caminhos e esperando a prática / Bruno Guimarães de Almeida; Isabela Cardoso de Matos Pinto (organizadores). – Belo Horizonte: Avohai, 2021.

400p. : il.

ISBN 978-65-95796-0-8.

1. Gestão do Trabalho. 2. Educação em Saúde. 3. Recursos Humanos em Saúde. 4. Sistema Único de Saúde – SUS. I. Título.

CDU 331:614

AGRADECIMENTOS

A concepção desse livro é fruto de uma trajetória de muito esforço, crença e investimentos, de diversos atores sociais, para institucionalização da Política Estadual de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde do SUS – Bahia (Pegtes) na Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Sesab). Em 2006, o Governo do Estado cria a Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (Dgtes), e, a partir de 2007, a gestão da saúde no estado assume o compromisso de implementar a Gestão do Trabalho como forma de valorização do trabalho e dos/as trabalhadores/as da saúde.

Diante de tantas histórias de dedicação e participação de diversos atores que contribuíram, direta e indiretamente, para o fortalecimento dessa política, iniciamos nossos agradecimentos ressaltando o trabalho desenvolvido pelos Governadores **Jaques Wagner** e **Rui Costa** pela coragem e compromisso em terem assumido essa pauta no Estado a fim de instaurar uma política de valorização do trabalho na saúde, mesmo diante de cenários adversos ditados pela mão forte da lógica neoliberal. Em semelhante reconhecimento, agradecemos aos Secretários Estaduais de Saúde, **Jorge Solla**, **Washington Couto** e **Fábio Villas-Boas**, que se comprometeram com essa pauta na agenda macropolítica do executivo estadual, constituindo campo fértil para seu amadurecimento na Bahia e reconhecimento nacional.

Por seguinte, agradecemos aos Superintendentes de Recursos Humanos (Superh): **Isabela Cardoso de Matos Pinto**, **Telma Dantas Teixeira de Oliveira**, **Washington Luiz Abreu de Jesus**, **Joana Costa Pinheiro**, **José Raimundo Mota**, **Maria do Rosário Costa Muricy** e **Janaína Peralta de Souza** que apoiaram e construíram viabilidade política para o fortalecimento da Gestão do Trabalho na Sesab.

De forma especial, agradecemos afetuosamente a todos/as os/as diretores/as da Gestão do Trabalho e Educação na Saúde: **Gilda Assis Alves**, **Maria Constantina Caputo**, **Rosângela Maria Régis Duarte Katayose**, **José Carlos da Silva** e **Bruno Guimarães de Almeida**, que orquestraram, com maestria, este caminho, na defesa das condições, processos e relações de trabalho, humanizadas, dignas e seguras no SUS-BA, sempre ancorados pelo diálogo, equidade, responsabilidade e reconhecimento do *trabalho como princípio educativo*.

E não menos importante, manifestamos nossa gratidão especial a todos/as **trabalhadores e trabalhadoras da Dgtes**, que ao longo desses 15 anos se empenharam para materializar e dar sentido a essa política, expressando o esforço coletivo para construir espaços de negociação, articulação inter/intra institucional produzindo a robustez de tecnologias e dispositivos necessários para consolidação dessa área.

De maneira carinhosa, homenageamos, com essa publicação, a todos/as **trabalhadores/as do SUS**, sobretudo, àqueles/as que militam por uma saúde pública que garanta a integralidade, equidade e universalidade, na defesa inalienável da vida.

Reverenciamos a presença do **Prof. Jairnilson Paim**, que de forma gentil e delicada, aceitou o convite para elaborar o prefácio deste livro. Muito nos honra, estar ao lado de um defensor do SUS, com reconhecida produção acadêmica e de pesquisa, comprometido com o serviço público, que luta para que a justiça social e o direito de cidadania alcancem toda população brasileira.

Manifestamos gratidão e deferência a **Prof.^a. Carmen Teixeira** pela dedicação e compromisso com a revisão desta publicação, que, norteadas pelo caráter educativo, promoveu um processo de aprendizagem coletiva dos autores, colaborando na sistematização da memória da Gestão do Trabalho no SUS - Bahia, resultado deste livro.

Por fim, inspiradas(os) em Paulo Freire, desejamos que sua mensagem nos afete de maneira a *esperançar*: **Se, na verdade, não estou no mundo para simplesmente a ele me adaptar, mas para transformá-lo; se não é possível mudá-lo sem um certo sonho ou projeto de mundo, devo usar toda possibilidade que tenha para não apenas falar de minha utopia, mas participar de práticas com ela coerentes.**

Dgtes/Superh/Sesab

A democracia é indispensável para a classe trabalhadora, porque somente através do exercício de seus direitos democráticos, na luta pela democracia, o proletariado pode tomar consciência de seus interesses de classe e de sua tarefa histórica.

Rosa Luxemburgo

FORMAÇÃO E GESTÃO DE TRABALHADORES DO SUS: CRONICIDADE DOS DESAFIOS E AGUDEZ DOS PROBLEMAS.

Este livro examina uma área-problema fundamental do Sistema Único de Saúde (SUS). Considera gente que cuida de gente numa perspectiva que busca superar um agir instrumental. Os textos que o compõem foram escritos por dirigentes e técnicos vinculados à Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (Sesab) com trajetórias diversas em tempo, formação e experiência institucional. Alguns já se encontram inseridos em outras instituições, embora mantendo relações afetivas, ideológicas e de compromisso político com um conjunto de valores, princípios e proposições que transitam na Sesab.

Trata-se de uma área que se apresenta, historicamente, com denominações diversas e sofre influências da dinâmica das lutas de classes, grupos e categorias profissionais nas suas relações com o Estado e o mercado, assim como da atuação político-ideológica de organismos internacionais como a OIT, Unesco, Banco Mundial, OMS/Opas, entre outras. Nas últimas décadas essa área-problema tem sido referida como “administração de pessoal”, “recursos humanos em saúde” e “gestão da educação e do trabalho em saúde”.

No Brasil, tal temática vem sendo discutida nos últimos 50 anos, reconhecida como objeto central de preocupação governamental na IV Conferência Nacional de Saúde, em 1967. O tema foi rediscutido em todas as conferências nacionais seguintes, assim como em conferências específicas. A criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (Sgtes) no início do primeiro Governo do Presidente Lula propiciou a implantação e expansão de instâncias semelhantes nas secretarias estaduais e municipais de saúde. Os capítulos que compõem a presente publicação descrevem e analisam a experiência acumulada pela superintendência responsável por essa área na Sesab, contando, inclusive, com depoimentos de alguns dirigentes no período de 2007 a 2021.

Entretanto, as energias gastas nas trocas de nomes, na invenção de siglas e nas mudanças organizacionais que entusiasma tantos técnicos e militantes não parecem suficientes para alterar, organicamente, a questão da força de trabalho em saúde, face às determinações estruturais que incidem sobre os trabalhadores no capitalismo contemporâneo, inclusive no âmbito setorial, e à baixa governabilidade do SUS nessa área. Na realidade, as instâncias burocráticas do setor saúde são subordinadas às chamadas áreas econômicas e sistêmicas nos níveis federal estadual e municipal, tais como fazenda, finanças, administração, planejamento, procuradoria, justiça, etc. E mesmo nas instituições gestoras do SUS tendem a ocupar um espaço político secundário por referência ao componente assistencial e à gestão financeira.

Portanto, não basta a produção de informações técnicas para orientar políticas baseadas em evidências, conforme recomendam organismos internacionais, acadêmicos e consultores, se as decisões fundamentais estão fora da governabilidade do SUS e da Sesab. Um simples exemplo encontra-se

registrado em um dos capítulos: para validar um acidente ou uma doença em um trabalhador de saúde a Sesab depende da Junta Médica Oficial do Estado (JMOE), vinculada à Secretaria de Administração do Estado da Bahia (Saeb).

Assim, a situação examinada neste livro demanda revisitar, sinteticamente, as vias de construção da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) e do SUS no sentido de estimular a criatividade estratégica nessa arena político-institucional: a legislativo-parlamentar, a técnico-institucional e a sócio-comunitária.

A primeira tem como referências principais a Constituição (1988), a Lei Orgânica da Saúde (1990) e a Lei Complementar 141 (2012), além de outras normas que dispõem, inclusive, de tópicos e artigos específicos sobre o trabalho e a educação em saúde. Contudo, a complexidade em torno de contradições, interesses e conflitos presentes nessa área-problema demanda uma redefinição da legislação trabalhista brasileira, particularmente no que se refere à negociação coletiva, conforme destaca um dos capítulos.

A via técnico-institucional, iniciada desde a transição das Ais/Suds para o SUS, teve o protagonismo de técnicos, professores, sanitaristas, enfim, de trabalhadoras e trabalhadores, possivelmente tem sido a mais acionada pela antiga área de RH-SUS, sendo responsável pelas conquistas incrementais obtidas. Constata-se que a gestão do trabalho e a educação têm se concentrado nessa via. Envolve esforços empreendidos pelos órgãos gestores do SUS (ministério e secretarias estaduais e municipais de saúde), incluindo os conselhos de saúde e parcerias com universidades e organizações como o Conass, Conasems, Opas, entre outras. Esta via tem sido ocupada por gestores, profissionais e técnicos na organização e na prestação de serviços do SUS. Não por acaso fica patente o protagonismo do Conass e da Opas no desencadeamento de processos e na formulação de políticas da área, assim como na gestão e implementação do SUS, com a proposição de programas, projetos e ações. Representam atores sociais capazes de incluir temas na agenda do Estado e de governos sobrepondo-se, inclusive, à atuação de universidades e entidades do movimento da RSB, como Abrasco e o Cebes.

Já a via sócio-comunitária constitui o espaço fundamental para a ação política na sociedade civil com possíveis articulações junto às instituições, governos e Estado. Tem sido a menos acionada no desenvolvimento do SUS o que, possivelmente, repercute na organização, mobilização e atuação dos trabalhadores de saúde. Assim, um dos capítulos do livro refere-se à fragilidade desses trabalhadores e dos respectivos sindicatos. Ainda que as conferências de saúde se constituam em espaços de mobilização periódica, não parecem resultar em organização e acumulação de forças para mudanças efetivas. Iniciativas inovadoras como o programa Mobiliza-SUS, Permanecer-SUS, ou a educação permanente dos conselheiros de saúde, não encontraram respaldo político efetivo nos movimentos sociais, entidades e sindicatos, passando por um ciclo de entusiasmo-ascensão-e-queda. Propostas mais recentes como

vigilância para os trabalhadores na pandemia, plano de contingência, comunicação e informação, modelo de gestão de desempenho organizacional por nível de atenção e gestão da Sesab, bem como as várias “trilhas” apresentadas nos capítulos não apontam destino diverso.

A despeito da motivação e do comprometimento desses servidores públicos dedicados à gestão do trabalho e da educação em saúde, os resultados obtidos geralmente são transitórios, limitados e frustrantes. Se o Programa de Avaliação de Desempenho (Pad) for tomado como ilustração, constata-se que já foi revisado quatro vezes por motivos considerados de natureza político-institucional. A revisão mais recente, concluída em julho de 2021, contando com uma participação mais ampla de técnicos e até mesmo com os serviços prestados por uma empresa de consultoria contratada, também não tem assinalada a sua viabilidade política, como se apreende no capítulo que relata essa experiência.

Aliás, a contratação de empresas especializadas pela Sesab registrada neste livro tende a reproduzir a lógica da terceirização, mesmo numa área como a da Saúde do Trabalhador na qual a instituição detém expertise e acumulações desde 1988 com a implantação do Centro de Estudos de Saúde do Trabalhador Salvador Allende (Cesat). O contrato de duas empresas especializadas em saúde e segurança do trabalho, descrito em um dos capítulos, envolveu visitas de engenheiros dessas empresas a estabelecimentos da própria Sesab, justamente uma ação de Saúde do Trabalhador que, segundo a **Constituição da República, é uma das atribuições do SUS (Art. 200)**.

Finalmente, diante da pandemia da Covid-19 a Sesab contemplou a Saúde do Trabalhador no Plano de Contingência e adotou medidas relevantes de vigilância e atenção à saúde, incluindo a saúde mental, diferenciando-se, segundo o relato, de outras secretarias estaduais que atuaram de modo mais limitado. Mas conforme reitera este livro, o SUS enfrenta uma conjuntura na qual os trabalhadores encontram-se fragilizados - política, econômica e socialmente - devido à perda de direitos trabalhistas e previdenciários.

Em 1994 fui convidado pela Faculdade de Saúde Pública da Usp para escrever um livro sobre essa área-problema e o publiquei com o título “Recursos Humanos em Saúde: problemas crônicos e desafios agudos”. De lá para cá, especialmente depois do golpe de 2016, a situação do trabalho e da educação em saúde deteriorou-se tanto que só tenho a elogiar e cumprir as pessoas que continuam na luta, dentro e fora das instituições do Estado, diante da cronicidade dos desafios e da agudez dos problemas.

Salvador, inverno de 2021.

Jairnilson Silva Paim

Professor Titular em Política de Saúde, aposentado, do Instituto de Saúde Coletiva da Ufba.

Este livro traduz o investimento coletivo dos atores sociais que inauguraram e implementaram, no estado da Bahia, a Política Estadual de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde do SUS – Bahia (Pegtes), como propósito de democratizar as relações, qualificar as condições, processos e vínculos de trabalho, construindo caminhos para a defesa dos direitos e valorização dos/as trabalhadores/as da saúde.

Essa publicação se concretiza em decorrência do incentivo financeiro do Programa de fortalecimento do SUS na Região Metropolitana de Salvador (RMS) – Prosus, que se constitui em um projeto que tem como objetivo o fortalecimento do SUS na Bahia e o fortalecimento do planejamento e gestão do setor público.

O aprendizado consolidado ao longo dos 15 anos de instituição da Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (Dgtes), integrante da Superintendência de Recursos Humanos (Superh) da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Sesab), responsável pela gestão do trabalho e políticas afins, despertou o interesse e a necessidade de registrar o itinerário percorrido, considerando os avanços, limites e desafios, de modo a se constituir em um documento histórico, preservando a memória do SUS no Estado.

Nesse contexto é que se inscreve esta produção, cuja potência está na descrição e reflexão crítica dos sujeitos que viveram a experiência de formular e implementar políticas de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde da Secretaria da Saúde do estado da Bahia que, diferente da maior parte das realidades no Brasil, manteve ao longo dos últimos 15 anos, a continuidade de um projeto que possibilitou acúmulos e aprendizagens, pela experimentação, pelas apostas, pelas tentativas e esforços coletivos. Enfim, por se colocarem como atores que aceitam o risco de inventar, inovar, errar e acertar, mas, sobretudo, assumem o compromisso com a tarefa de produzir conhecimento e tecnologias, reconhecendo a centralidade do trabalho e dos trabalhadores para a organização de sistemas universais que garantam o direito à saúde.

O livro se estrutura em três seções, subdividas por temáticas cumulativas que apresentam os marcos referenciais das políticas de Gestão do Trabalho, Saúde do Trabalhador e Humanização. Os textos e relatos de experiências que compõem os capítulos são distribuídos da seguinte forma: a Seção 1 contempla os antecedentes históricos e o desenvolvimento institucional da Gestão do Trabalho no SUS, com recorte para o processo de consolidação desta área na Sesab; a segunda Seção apresenta as políticas construídas nestes 15 anos de história da Gestão e Humanização do Trabalho no SUS-BA, notadamente as políticas implementadas pela Sesab/ Superh/ Dgtes; a 3ª Seção apresenta o processo de reorganização da Gestão do Trabalho com vistas ao enfrentamento da pandemia da Covid-19, bem como explicita as estratégias para humanização das relações e processos de trabalho neste cenário.

Vale destacar, que não temos a pretensão de esgotar a discussão sobre o que foi e vem sendo feito nesta área, considerando a inconclusão,

incompletude e inacabamento do ser humano e suas experiências, concordando com a concepção Freiriana. No entanto desejamos que esses registros contribuam para a construção de novos cenários que permitam o esquadrianhamento de caminhos mais férteis, em terrenos menos áridos, possibilitando esperar novas práticas de saúde, na direção da concretização de utopias e do compromisso compartilhado para a consolidação do SUS democrático.

Bruno Guimarães de Almeida e Isabela Cardoso de Matos Pinto

PREFÁCIO	09
-----------------------	-----------

Jairnilson Silva Paim

APRESENTAÇÃO	13
---------------------------	-----------

Bruno Guimarães de Almeida e Isabela Cardoso de Matos Pinto

SEÇÃO 1 **CONTANDO HISTÓRIAS, NARRATIVAS E SENTIDOS** **DA GESTÃO DO TRABALHO NO SUS**

DA ADMINISTRAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS À GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE: PLURALIDADE TEÓRICA E DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	19
--	-----------

Bruno Guimarães de Almeida, Carmen Fontes Teixeira, Gilda Assis Alves, Isabela Cardoso de Matos Pinto

O PAPEL DO CONASS E DA OPAS NO DESENVOLVIMENTO DA GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE NO SUS	39
---	-----------

Bruno Guimarães de Almeida, Haroldo Jorge de Carvalho Pontes, Mônica Yolanda Padilla Diaz

O DESAFIO DE CONSTITUIR-SE CONTRA HEGEMÔNICO: O ITINERÁRIO DA GESTÃO E HUMANIZAÇÃO DO TRABALHO NO SUS – BAHIA	51
--	-----------

Bruno Guimarães de Almeida, Gilda Assis Alves, Isabela Cardoso de Matos Pinto, Janaina Peralta de Souza, José Carlos da Silva (Carlos Silvan), Maria Constantina Caputo, Marília Santos Fontoura, Telma Dantas Teixeira de Oliveira

SEÇÃO 2 **POLÍTICAS PARA O TRABALHO EM SAÚDE: A DEFESA DAS CONDIÇÕES, RELAÇÕES, PROCESSOS E VÍNCULOS DE TRABALHO, HUMANIZADOS, DIGNOS E SEGUROS NO SUS-BA**

NEGOCIAÇÃO COLETIVA: O PROCESSO DE DEMOCRATIZAÇÃO DAS RELAÇÕES DE TRABALHO NO SUS – BAHIA	85
--	-----------

Bruno Guimarães de Almeida, Isabela Cardoso de Matos Pinto, Janete Lima de Castro, Luciano de Paula Moura

PLANEJANDO AS ESTRATÉGIAS PARA PROVIMENTO DE TRABALHADORES: O DIMENSIONAMENTO DA FORÇA DE TRABALHO NO SUS - BAHIA	103
--	------------

Aline Maciel São Paulo Paixão, Angélica Araújo de Menezes, Bruno Guimarães de Almeida, Lisiane Bôer Possa, Luciano de Paula Moura, Mario Roberto Dal Poz, Talita Castro Garcia Matteoni

TRILHAS DE VALORIZAÇÃO DOS/AS TRABALHADORES/AS DA SAÚDE: PLANO DE CARGOS, CARREIRAS E VENCIMENTOS NO SUS BAHIA	129
---	------------

Ana Georgina da Silva Dias, Bruno Guimarães de Almeida, Diana Guadalupe Macedo Licon, José Carlos da Silva, Luciano de Paula Moura, Priscila Soares Macedo, Rosângela Maria Régis Duarte Katayose, Tereza Cristina Bomfim de Jesus Deiró

UMA AGENDA DE IMPLANTAÇÃO DA AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO PARA OS TRABALHADORES DA SAÚDE: O CASO DA SESAB	149
---	------------

Angélica Araújo de Menezes, Bruno Guimarães de Almeida, Edivânia Lucia Araujo Santos Landim, Joana Angélica Simão Demarchi, Louise Miranda de Sena Veiga, Suzana Costa Carvalho Neri

O TRABALHO COMO DIGNIDADE HUMANA: O HISTÓRICO DE CONSTRUÇÃO DO PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA TRABALHADORA E DO TRABALHADOR DA SESAB (PAIST)	169
--	------------

Ana Claudia Caldas de Menezes, Ana Flávia Barros Cruz, Bruno Guimarães de Almeida, Cintia Santos Conceição, Erica Cristina Silva Bowes, Iracema Viterbo Silva, Letícia Coelho da Costa Nobre

PRODUZINDO SENTIDOS ENTRE AS RELAÇÕES DE TRABALHO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA: A SAÚDE E SEGURANÇA DOS TRABALHADORES DA SESAB	193
<i>Ana Flávia Barros Cruz, Angélica Araújo de Menezes, Bruno Dórea Jaques, Camila Moitinho de Aragão Bulcão, Carla Oliveira Bueno Massa, Damásia Carvalho de Oliveira Fernandes, Franklin Brenno de Oliveira Correia Alves, Leticia Coelho da Costa Nobre, Pedro Marcus Rodrigues Valeijo Pinto, Tamires Maria Amaral Andrade</i>	

REENCANTAMENTO DO CONCRETO: A HUMANIZAÇÃO COMO POLÍTICA PARA QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO E DA GESTÃO DO SUS-BAHIA	219
<i>Bruno Guimarães de Almeida, Erica Cristina Silva Bowes, Monique Azevedo Esperidião, Sílvia Conceição Bomfim Bittencourt Leão</i>	

PERMANECERSUS-BA: ACOLHENDO SUJEITOS E HISTÓRIAS NO CAMINHAR DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE	237
<i>Ana Cristina Coelho Ramos, Erica Cristina Silva Bowes, Maria Constantina Caputo, Monique Azevedo Esperidião, Rosana Santos Batista Adorno</i>	

NÚCLEOS DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE: TECENDO A REDE DE SUJEITOS, AÇÕES E ESTRATÉGIAS NO SUS – BA	253
<i>Jamile Oliveira Lima, Laíse Rezende de Andrade, Lis Bandarra Monção, Monique Azevedo Esperidião</i>	

ESTRATÉGIAS PARA CONSTRUÇÃO DE UMA GESTÃO PÚBLICA DEMOCRÁTICA E PARTICIPATIVA: A EXPERIÊNCIA DO MOBILIZASUS/BA	271
<i>Alba da Cunha Alves, Jamilly Souza Ribeiro, Larissa Daiane Vieira Barros, Luciana Santos Chaves, Patrícia Dantas Araújo, Tiago Parada Costa Silva</i>	

COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO SOBRE A GESTÃO DO TRABALHO NO SUS- BA	291
<i>Marcele Carneiro Paim, Luciano de Paula Moura, Marcio Lemos Coutinho, Rejane Andrade Cardoso</i>	

SEÇÃO 3

9 NO MEIO DO CAMINHO SURGE UMA PANDEMIA...

GESTÃO DO TRABALHO E ESTRATÉGIAS PARA MONITORAMENTO DOS CASOS DE COVID-19 ENTRE TRABALHADORES DA SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA	305
<i>Ana Flávia Barros Cruz, Angélica Araújo de Menezes, Bruno Guimarães de Almeida, Camila Moitinho de Aragão Bulcão, Erica Cristina Silva Bowes, Liliana Santos, Luciano de Paula Moura, Marcelle Carneiro Paim, Mônica Hupsel Frank, Tatiane Araújo dos Santos</i>	

PLANO DE CONTINGÊNCIA COVID-19 PARA TRABALHADORES E TRABALHADORAS DA SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA: TRILHAS DO CUIDADO	325
<i>Bruno Guimarães de Almeida, Catharina Leite Matos Soares, Erica Cristina Silva Bowes, Isabela Cardoso de Matos Pinto, Janaina Peralta de Souza, Silvana Lima Vieira</i>	

UMA DOSE DE ESPERANÇA: O PROCESSO DE VACINAÇÃO DOS TRABALHADORES DA SAÚDE NA BAHIA	343
<i>Bruno Guimarães de Almeida, Carla Oliveira Bueno Massa, Janaina Peralta de Souza, Luciano de Paula Moura, Pedro Marcus Rodrigues Valeijo Pinto, Thadeu Borges Souza Santos, Vânia Rebouças Barbosa Vanden Broucke</i>	

ORGANIZADORES	361
SOBRE OS AUTORES	362
APÊNDICE 1	378
APÊNDICE 2	394
APÊNDICE 3	397

SEÇÃO 1

**Contando histórias,
narrativas e sentidos da
Gestão do Trabalho no SUS**

CAPÍTULO 1

Bruno Guimarães de Almeida
Carmen Fontes Teixeira
Gilda Assis Alves
Isabela Cardoso de Matos Pinto

Da administração de recursos humanos à gestão do trabalho em saúde: pluralidade teórica e desenvolvimento institucional no Sistema Único de Saúde

Não se faz política sem sujeitos.
Não se implementam políticas sem recursos de poder.
Não podemos ser iluministas, impunemente, a vida toda
Se quisermos formular e implementar políticas de saúde efetivamente novas,
ou acionamos recursos de poder que tenham origem nos seus destinatários,
ou elas não serão alternativas, muito menos novas.

Jairnilson Paim

DA ADMINISTRAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS À GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE: PLURALIDADE TEÓRICA E DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

INTRODUÇÃO

O Brasil vive, atualmente, a maior crise sanitária de sua história, desencadeada com a eclosão da pandemia de Covid-19, cujas repercussões e desdobramentos tem intensificado a crise econômica, política e social que o país atravessa há cerca de uma década. Os números da pandemia, expressos em milhões de casos e mais de meio milhão de óbitos, apontam a gravidade da situação de saúde, à qual se soma os 14 milhões de desempregados, o aumento da desigualdade social, a elevação dos índices de violência social e sofrimento mental, enfim, um conjunto de fatos que refletem a deterioração das condições de vida de amplas parcelas da população brasileira.

Diante desse quadro, as diversas forças sociais e políticas têm se movimentado, observando-se, por um lado, os esforços de rearticulação das alianças por parte dos grupos que dão sustentação ao atual “bloco no poder”, responsável, em grande parte, pela tragédia social e sanitária que estamos vivendo, quer, por outro, a mobilização das oposições em torno da construção de alternativas ao projeto neoliberal, autoritário e culturalmente conservador que se tornou hegemônico nos últimos anos.

Nesse contexto, as políticas de saúde e, particularmente, o SUS, tem sido colocado no centro da crise, sendo o espaço onde se confrontam, cotidianamente, os profissionais e trabalhadores de saúde com as necessidades e demandas da população, premida pela expansão das diversas “ondas” da pandemia de Covid-19, e pelas dificuldades de garantir sua sobrevivência e suas condições de saúde, diante das dificuldades que enfrentam, seja do ponto de vista econômico e social, seja do ponto de vista do acesso a informações confiáveis, diante da “infodemia” de notícias falsas e de informações contraditórias divulgadas através das redes sociais.

Esse, portanto, é um momento particularmente grave, que demanda o aprofundamento da reflexão em torno das políticas de saúde, e, especialmente, da Política e das ações de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (GTES), na medida em que estas se dirigem ao conjunto dos mais de 3 milhões de profissionais e trabalhadores que continuam, a despeito de todos os problemas que enfrentam, a cuidar da saúde física e mental da população, nos milhares de hospitais e de unidades básicas de saúde espalhadas por todo o país.

Consideramos, assim, que este momento de crise é também o momento em que se coloca a necessidade e a oportunidade de refletir criticamente sobre o que vem sendo feito nesta área, tanto ao nível nacional, quanto, e principalmente, ao nível estadual e municipal, onde o trabalho realizado incide mais diretamente sobre os profissionais e trabalhadores que estão na linha de frente, não só do combate à pandemia de Covid-19, mas, também, no esforço de garantir a sustentabilidade do SUS, de manter, a despeito do subfinanciamento e do desfinanciamento, da privatização da gestão, da precarização do trabalho, e outras mazelas que acometem o sistema, a prestação de serviços, em quantidade e qualidade, condizentes com o atendimento às necessidades de saúde da população.

Nesse sentido, o objetivo deste capítulo é descrever e analisar o desenvolvimento institucional da área de RHS/GTES no âmbito da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (Sesab). Para isso, apresentamos, em primeiro lugar, uma breve descrição das mudanças que ocorreram no Ministério da Saúde no que diz respeito à forma como esta área configurou-se, no âmbito institucional, desde os anos 80 até o momento atual. Em seguida, tratamos de apresentar como se deu o desenvolvimento institucional dessa área na Sesab, levando em conta as mudanças na gestão, no planejamento e na organização do processo de trabalho, apontando os principais projetos e linhas de ação desenvolvidas nos últimos 40 anos.

DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL DA “ÁREA” DE RHS/GTES NO ÂMBITO DO GOVERNO FEDERAL EM SAÚDE (MS)

A constituição da área de pesquisa e intervenção sobre a problemática da formação e da administração de pessoal de saúde no âmbito das instituições do setor tem sido marcada, nos últimos 40 anos, pela incorporação de múltiplas abordagens teóricas, processo que se expressa, inclusive, nas diversas denominações atribuídas à área, as quais podemos sintetizar na mudança do termo “Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde” (DRHS), para a atual denominação como “Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde”.

Apesar dessa mudança mais geral, observa-se, tanto na produção acadêmica, quanto, e principalmente, nas instituições gestoras do sistema de saúde em diversos níveis, uma pluralidade de termos, noções e conceitos utilizados nos documentos, normas, portarias, relatórios, etc. evidenciando a coexistência de distintas “teorias” que foram incorporadas à prática de pesquisa, à formulação de políticas e à gestão institucional, desde a teoria do “capital humano”, difundida nos anos 50, às diversas correntes de pensamento na área de administração e planejamento em saúde, além da incorporação de noções provindas da sociologia das profissões, da economia política e da educação.

et al, 2013; PINTO et al, 2014; MACHADO et al, 2015) evidencia esta pluralidade de perspectivas teóricas e metodológicas, expressa nas distintas conceituações do objeto de estudo - “recursos humanos em saúde”, “pessoal de saúde”, “força de trabalho em saúde”, “profissionais e trabalhadores de saúde”, “atores, sujeitos, agentes do processo de trabalho em saúde”, etc., e na diversidade de temas abordados, tanto na subárea de Educação em saúde – formação profissional, formação técnica, educação popular em saúde, etc. quanto na subárea de Gestão do trabalho, que inclui estudos sobre processos de formulação e implementação de políticas, mercado de trabalho em saúde, modalidades de contratação e administração de pessoal em saúde, etc.

Tal pluralidade se expressou, ao longo dos anos, nas mudanças de denominações dos setores, departamentos, secretarias e órgãos correlatos no âmbito dos organogramas das instituições gestoras do sistema de saúde, tanto ao nível do governo federal quanto dos governos estaduais e municipais, evidenciando o amadurecimento teórico-conceitual da área decorrente, em grande parte, da inserção do debate sobre estes temas na agenda política da Reforma Sanitária Brasileira¹, a partir dos anos 70 do século passado

De fato, no contexto de crise e reformas do sistema público de saúde, ainda no período dos governos militares, na segunda metade dos anos 70, a Secretaria de Recursos Humanos do Ministério da Saúde, com apoio da representação da Organização Panamericana de Saúde (Opas), vinculou-se ao processo de “modernização” da saúde pública através dos programas de extensão de cobertura² (Pecs), especialmente o Piass – Programa de interiorização das ações de saúde e saneamento³, cuja implementação demandou a criação e implantação do Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (Ppreps), que além de favorecer o projeto expansionista e racionalizador do sistema público de saúde existente, “tornou-se um instrumento importante de aglutinação de ideias das equipes dos serviços e das Universidades que vinham exercendo a crítica ao modelo vigente” (NUNES, 2007).

Paralelamente, a análise crítica das propostas de reforma no ensino médico, através da incorporação da Medicina preventiva e do desenvolvimento de programas de Medicina comunitária, fomentou a reflexão sobre a

1 - O movimento da Reforma Sanitária, articulado pelo Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (Cebes), criado em 1976, colocou em debate o tema Saúde e Democracia, defendendo o Direito à saúde como direito universal e propôs a construção do SUS. O ponto áureo foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, cujo relatório subsidiou os debates na Assembleia Nacional Constituinte, e a incorporação do Direito à saúde na Constituição Federal de 1988 (FLEURY, 1997; PAIM, 2008; MS, 1986).

2 - Importante ressaltar que os Pecs produziram efeitos nos cursos de formação de sanitaristas, inclusive ampliando de forma acelerada os cursos descentralizados da Ensp/Fiocruz, criando um ambiente propício ao debate de novos temas da Saúde Pública, também estimulados pelo Cebes a partir de 1976, e pela Abrasco, a partir de 1979 (NUNES, 2007).

3 - O Piass, lançado em 1976, procurava enfrentar o problema do alcance da cobertura dos serviços de saúde, especialmente nas áreas rurais e buscava viabilizar uma regionalização e hierarquizada da atenção.

formação profissional em saúde, e desdobrou-se, nos anos 80, no debate em torno da estratégia de “Integração Docente Assistencial” (IDA) (RODRIGUEZ-NETO, 1987). Este processo, por sua vez, induziu a integração entre equipes de docentes e alunos vinculados às universidades especialmente aos departamentos de Medicina Preventiva, onde se gestavam as propostas de mudança política e na organização do sistema de saúde, nas práticas profissionais e no ensino das diversas profissões da área, estabelecendo-se uma sinergia entre a discussão dos processos de formação de profissionais do setor e a visão de um novo sistema de saúde de caráter universal e inclusivo, que viria a ser o Sistema Único de Saúde.

Na esteira da constituição do movimento da RSB, docentes e pesquisadores, interagiam em atividades científicas, técnicas e políticas (NUNES, 2007; PAIM, 2008; NUNES, 1988; BELISÁRIO, 2002) e implementavam novas práticas político-pedagógicas nos cursos de formação de sanitaristas, nos cursos técnicos promovidos pelas instituições de saúde, nos cursos universitários de graduação em saúde e nos programas de pós-graduação da área de Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social e Saúde Comunitária, onde foram sendo realizadas pesquisas que contribuíram para o desenvolvimento de um pensamento crítico capaz de analisar e subsidiar a reorientação de políticas e práticas relacionadas ao Trabalho e Educação na Saúde⁴.

No âmbito do sistema público de saúde, a década de 1980 foi marcada pelo Projeto Larga Escala, estruturado em três pilares, que passaram a orientar a educação profissional em saúde: “uma nova concepção de escola orientada para o sujeito, utilizando metodologias participativas no processo ensino-aprendizagem, a partir da problematização; o trabalho como eixo do processo educativo, rompendo a dicotomia das disciplinas e do aprendizado para algo ou sobre algo; e um processo formativo de formadores, que ousava desfazer e ‘refazer’ os conteúdos cristalizados e preconcebidos das chamadas licenciaturas, tornando possível um ‘reconhecimento’ do agente da aprendizagem frente ao aluno, por princípio, trabalhadores com déficits em sua formação por falta de oportunidades e pelas condições de vida.” (SÓRIO, 2004: 11).

Em 1986, no mesmo ano em que foi realizada a histórica 8ª Conferência Nacional de Saúde, foi realizada a 1ª Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde, cujos temas centrais foram: mercado de trabalho, planos de cargos e salários, formação, ensino de graduação, educação permanente e valorização dos trabalhadores da saúde (PINTO et al, 2014), cha-

4 - Cabe destacar os estudos de Cecília Donnangelo sobre o Mercado de trabalho medico (DONNANGELO, 1975), e as relações entre Saúde e Sociedade (DONNANGELO, 1976), a crítica de Antônio Sérgio Arouca sobre a Medicina Preventiva (AROUCA, [1975] 2003), a contribuição de Eleutério Rodrigues Neto sobre Integração Docente-Assistencial (RODRIGUEZ-NETO, 1987) e os estudos de Ricardo Bruno Mendes Gonçalves sobre as dimensões sócio históricas das práticas de saúde (MENDES-GONÇALVES, 1979).

mando-se a atenção para a centralidade que a problemática dos “recursos humanos” adquiria, tanto como parte da crise do sistema de saúde, quanto como parte da solução pretendida com a mudança da política e da organização dos serviços.

Assim, quando foi promulgada a nova Constituição brasileira, em 1988, definiu-se que a “ordenação da formação de recursos humanos” (CF, 1988 art. 200, parágrafo III). passava a ser responsabilidade do Sistema único de Saúde, abrindo espaços, portanto, para a necessária articulação entre as políticas, programas e projetos elaborados pelo Ministério da Saúde e da Educação, que estivessem voltados para a reorientação da formação, da distribuição, e da inserção de pessoal de saúde nos diversos níveis organizacionais do sistema de saúde.

Com o SUS, criado e regulamentado pelas Leis 8.080/90 e a 8.142/90 (BRASIL, 1990a; 1990b), ficou explicitada a necessidade de articulação entre as esferas de governo, União, Estado e Municípios para a formalização e execução da política de recursos humanos pelas instâncias governamentais de saúde. A Lei nº 8.080/90, traz no capítulo 1, art. 6º a saúde do trabalhador e a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde. Já a Lei nº 8.142/90 fortalece a exigência da criação de comissões para elaboração de planos de cargos e carreiras para os trabalhadores do SUS como critério para repasse de recursos financeiros do governo federal para estados e municípios.

O processo de implementação do SUS, desencadeado na década seguinte, especialmente a partir da municipalização das ações e serviços de saúde definida nas NOB 93 e 96 (BRASIL, MS, 1993; 1996), produziu a necessidade de redefinição dos processos de formação e qualificação profissional, bem como a inserção e distribuição dos trabalhadores do setor, o que contribuiu sobremaneira para a dinamização do debate sobre Trabalho e Educação na Saúde. Temas como “Ensino médico”, “Integração docente assistencial”, “Formação em saúde pública”, “Educação Permanente em Saúde”, “Formação técnica”, “Educação a distância”, “Multi, trans e interprofissionalidade”, “Redes”, “Formação de gestores”, “Força de Trabalho”, “Mercado de Trabalho”, “Carreiras”, “Terceirizações”, “Precarização”, “Planos de Cargos e Salários”, “Migrações e distribuição de pessoal de saúde”, “Captação e fixação dos profissionais de saúde”, passaram a integrar o repertório das políticas de educação e gestão do trabalho no setor e impulsionaram o desenvolvimento científico, a formação de quadros especializados e a organização de grupos de pesquisa em todo o país.

Nesse contexto, foi formulada a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos, a NOB-RH, no âmbito do Conselho Nacional de Saúde, documento que incorporou propostas sobre ingresso e mobilidade dos trabalhadores, PCCS, saúde do trabalhador, formas inovadoras de gestão, dentre outros. A versão final foi publicada em 2003 (BRASIL, MS 2003) e orientou a

pauta da III Conferência de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, somente realizada em 2006, já em outro contexto político-institucional.

O importante a enfatizar desse processo é que o amadurecimento teórico conceitual da área levou a problematização da denominação de “recursos humanos em saúde”, termo que foi substituído por Trabalho e Educação na Saúde, tanto na esfera governamental, com a organização da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (Sgtes) no âmbito do Ministério da Saúde (MS), em 2003, quanto na Abrasco, com a reconfiguração do Grupo de Trabalho de Recursos Humanos e Profissões para GT de Trabalho e Educação na Saúde (PINTO et al, 2014).

A criação da Sgtes marca uma mudança na direcionalidade das ações empreendidas pelo MS nesta área, desencadeando-se um conjunto de iniciativas, entre as quais a formulação da Política de Gestão do Trabalho no SUS e a Política Nacional de Educação Permanente em saúde (BRASIL, 2009). Além disso, anegociação de contratos de trabalho e os esforços voltados à despreciação dos vínculos de trabalho assumiram papel preponderante na pauta dos dirigentes. Nesse sentido, criou-se a Mesa de Negociação Permanente do SUS, fórum importante para o tratamento de conflitos nas relações de trabalho, bem como o Comitê Nacional Interinstitucional de Despreciação do Trabalho, criado com o objetivo de buscar soluções para esta problemática nas três esferas de governo (BRASIL, 2012).

Cabe destacar que, apesar de ter ocorrido a discussão de uma carreira no Sistema Único de Saúde, com a participação do Conass, Conasems e participação da Mesa Nacional de Negociação do Trabalho, tomando como referência os Princípios e Diretrizes da Nob-RH/SUS (BRASIL, 2012), o projeto não conseguiu grandes avanços. Com o objetivo de apoiar a estruturação dos setores de Gestão do Trabalho nas Secretarias Estaduais de Saúde foi implementado o Progesus cuja gestão envolveu o Conass, Conasems e o Ministério da Saúde, organizado em 4 componentes: estruturação e qualificação da gestão do trabalho; capacitação das equipes de gestão do trabalho e de educação no SUS; Sistema Nacional de Informações em Gestão do Trabalho no SUS e Sistema de Informação Gerencial (MACHADO, et al, 2012).

Em anos mais recentes, no marco da expansão do acesso aos serviços de saúde a partir do fortalecimento da Atenção Primária de Saúde (APS) no SUS, o tema da provisão e fixação de médicos em áreas de comprovada carência, impulsionou a organização de programas como o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (Provab) e o Programa Mais Médicos (PMM), construídos de forma integrada pelos Ministérios da Saúde e da Educação, com expressiva participação da Opas (PADILLA; PINTO e NUNES, 2018). No âmbito dessa iniciativa, foram articuladas discussões importantes envolvendo aspectos formativos e políticas de gestão do trabalho, com abordagem de temáticas como a provisão e fixação de profissionais, novos modelos de residência médica e multiprofissional, dentre outros, cabendo destacar a complexidade envolvida na negociação destas políticas, em se tratando de um país federativo, com diferentes níveis de gestão e alta desregulação da prática profissional.

Em síntese, ao longo das últimas cinco décadas (Quadro 1) passamos da crise da saúde pública vivenciada na primeira metade dos anos 70, cuja expressão paradigmática foi a epidemia de meningite em 1974, por um período de intensa mobilização em torno da Reforma Sanitária Brasileira, que conduziu ao reconhecimento da Saúde como direito universal na CF de 1988, e ao longo e difícil processo de construção do SUS nas décadas seguintes (TEIXEIRA et al, 2014). Nesse percurso, ocorreu um crescimento exponencial dos serviços públicos de saúde e ampliaram-se os postos de trabalho, abrindo o mercado para um número expressivo de trabalhadores. Paralelamente, ampliou-se o número de cursos de graduação e de pós graduação em saúde, ao tempo em que se diversificou a formação técnica na área, com mudanças significativas em termos de conteúdos abordados e estratégias metodológicas adotadas, inclusive com a incorporação, cada vez mais intensa, das tecnologias de informação e comunicação (Tics), nas diversas modalidades de educação à distância (EAD).

A área de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, portanto, configura-se como uma área de enorme complexidade, fruto de um intenso trabalho de docentes, pesquisadores, gestores, profissionais, técnicos e trabalhadores de saúde que tratam, cotidianamente, de produzir conhecimentos, desenvolver boas práticas de trabalho, investindo no aperfeiçoamento da qualificação, na humanização da atenção à saúde e na melhoria do cuidado prestado à população.

Esse enorme contingente, de mais de 3 milhões de pessoas ocupadas com a produção de ações e serviços de saúde em todo o país, enfrenta, porém, uma série de dificuldades no cumprimento de suas tarefas e no alcance de satisfação com o trabalho realizado. Dificuldade estas decorrentes da intensificação de problemas estruturais do SUS, especialmente o sub-financiamento, agravado em anos recentes com o desfinanciamento, em função do congelamento dos gastos no setor, por conta da aprovação da Emenda Constitucional 95 (EC95), fruto da reorientação das políticas de saúde adotadas a partir da crise econômica e do “golpe do capital na saúde” (TEIXEIRA e PAIM, 2018). Com isso, enfrentam a crise permanente do sistema de saúde, e sofrem o impacto negativo das políticas marcadas pela financeirização da saúde, pelo ajuste fiscal, pela privatização “por fora” e “por dentro” do sistema público, enfim, pelo desmonte do Sistema Único de Saúde (SUS) tal como foi proposto e legitimado na Constituição Federal de 1988.

A pandemia da Covid-19 instala-se neste cenário, intensificando estas crises e provocando, ademais, um intenso sofrimento físico e mental dos profissionais e trabalhadores do setor saúde, particularmente os que se encontram na linha de frente do combate à pandemia, seja nas unidades de tratamento intensivo e nas enfermarias dos hospitais, seja nas unidades de atenção básica, na campanha de vacinação, nas ações de vigilância epidemiológica e sanitária, nas atividades de educação para saúde junto às famílias e grupos populacionais vulneráveis, enfim, junto à maioria da população brasileira que busca garantir as condições mínimas de sobrevivência frente à crise atual.

Quadro 1: Síntese das políticas de trabalho e educação na saúde

DÉCADA	ANO	POLÍTICAS/AÇÕES
1970	1974	Programa de Integração Docente - Assistencial (Ida)
	1975	Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (Ppreps) Cursos Descentralizados de Saúde Pública
	1976	Piass - Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento, criado pelo Decreto n° 78.307 de 1976
1980	1981	Projeto Larga Escala (PLE)
	1985	Rede Unida
	1986	I Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde
	1987	Projeto de capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde (Cadrhu)
	1988	Constituição Federal
1990	1990	Leis 8.080 e 8.142
	1990	Projeto UNI (Uma Nova Iniciativa Ensino, Serviço e Comunidade)
	1993	Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS (MNNPSUS)
	1993	Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUS (Nob-RH-SUS) II Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde
	1999	Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (Profae)
2000	2000	Princípios e Diretrizes para a (Nob-RH-SUS)
	2001	Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos da Área da Saúde (DCN)
	2001	Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares das Escolas Médicas (Promed)
	2002	VER-SUS (Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde)
	2003	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (Sgtes)
	2003	Política Nacional de Gestão do Trabalho no SUS
	2004	Política de Educação Permanente em Saúde
	2004	Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS
	2004	Comissão Especial para elaboração de diretrizes do PCC-SUS
	2005	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde)
	2005	Residências em Saúde
	2006	3ª Conferência Nacional de RHS. Política de Gestão do Trabalho
	2006	Qualificação e estruturação da gestão do trabalho no SUS – ProgeSUS
	2007	TELESSAÚDE
	2008	Pet-Saúde
	2009	Profaps
2010	2010	Sistema Universidade Aberta do SUS (Una-SUS)
	2011	Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (Provab)
	2013	Programa Mais Médicos
	2014	Comunidades de Práticas
	2018	Programa de Formação de Agentes de Endemias (Profags)
2020	2019	Programa Médicos pelo Brasil
	2020	Ação estratégica “O Brasil Conta Comigo - Residentes na área de Saúde”

DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL DA ÁREA DE RHS/GTES NA SESAB: DO CETRE - CENDRHU À SUPERH/DGTES

O desenvolvimento institucional da área de RHS/GTES na Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Sesab) passou por diversos momentos, desde a criação do antigo Centro de Treinamento (Cetre) na década de 1970, à criação das escolas da Sesab (de Formação Técnica e de Saúde Pública), chegando a conformação da atual Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (Dgtes), na Superintendência de Recursos Humanos (Superh), que integra o organograma da Sesab. A seguir descrevemos, em breves linhas, os principais fatos e acontecimentos que marcaram essa trajetória.

DA CRIAÇÃO DO CETRE AO CENDRHU NO PERÍODO ANTERIOR AO SUS

O início do processo de institucionalização da área ocorreu na Sesab na segunda metade dos anos 60, a partir da realização da IV Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em Brasília, em 1967, com o tema central “Recursos Humanos para a Saúde”. As propostas emanadas desta Conferência, entretanto, só encontraram condições favoráveis à implantação na década seguinte, com a implantação dos programas de extensão de cobertura, especialmente o Programa de Interiorização das Ações em Saúde e Saneamento (Piass), que implicou a construção de centros e postos de saúde em várias regiões e municípios do Estado.

Até aquele momento, as ações relacionadas ao desenvolvimento de recursos humanos na Sesab eram tratadas em estruturas distintas e que não se articulavam. Enquanto a administração de recursos humanos era executada em uma coordenação ligada à Diretoria Administrativa e intitulada Serviço de Pessoal, as ações relativas à promoção e desenvolvimento de recursos humanos, como recrutamento, seleção, admissão, capacitação e definição de quadro de profissionais das Unidades de Saúde eram tratadas em estrutura específica denominada Centro de Treinamento (Cetre)⁵.

Com a implantação do Piass, e construção de novas unidades de saúde em todo o Estado, surgiu a necessidade de capacitar equipes de saúde, especialmente o chamado “pessoal elementar e médio” que incluía as visitadoras sanitárias e atendentes rurais. Para isso, a estrutura do Cetre foi ampliada, com a criação do Núcleo de Documentação e Informação e uma Biblioteca, tendo sido elaborado, na época, o Plano Trienal de Capacitação de Recursos Humanos na Área da Saúde (PTCRHAS) e iniciado um processo de descentralização das atividades de capacitação, por se considerar que os

5 - O Centro, criado em 1974, estava vinculado à estrutura da Fundação do Estado da Bahia - Fuseb (criada pela Lei nº 3.104/73, de 28 de maio de 1973, a Fuseb incorporou as três Fundações que compunha a estrutura da Saúde Pública na Bahia: a Fundação Gonçalo Muniz - FGM, a Fundação Hospitalar do Estado da Bahia e a Fundação Otávio Mangabeira) e permaneceu com esta denominação até 1980, quando foi substituído pelo Centro de Desenvolvimento de Recursos Humanos/CENDRHU (Aleluia, 2006).

profissionais que atuavam no nível regional estavam mais capacitados a executar essas atividades. Nesse contexto, foram implementados os Centros de Referência de Saúde Pública, em parceria com a Ensp/Fiocruz, de forma a capacitar profissionais das Diretorias Regionais de Saúde – Dires.

Em 1978, o Cetre foi novamente ampliado com a criação de uma Assessoria de Planejamento, Administração, Coordenação de Capacitação, Núcleo de Documentação e Informação e Biblioteca. Em junho desse mesmo ano, foi aprovado o projeto Introdução de Inovações Metodológicas na Capacitação do Auxiliar de Saúde (limcas), que previu, no convênio Banco do Brasil/Fipecc/Fuseb, o reforço quantitativo da equipe técnica do Centro. Nessa época, passaram a funcionar os Grupos de Capacitação de Recursos Humanos (GCA/RH) e foram implantados os Núcleos Regionais de RH nas Dires, cuja proposta era funcionar como representantes do Cetre, ou seja, responsáveis pelos treinamentos nas unidades do interior, sob a supervisão do nível central (ALELUIA; OLIVIERA; 2006).

No contexto da discussão sobre a “Extensão das Ações de Saúde por meio de Serviços Básicos”, tema central da 7ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1980, ocorreu a implantação do Programa de Preparação Estratégica de Pessoal na Saúde (Ppreps), que tinha como objetivo capacitar pessoal de nível médio e elementar e apoiar a criação de núcleos de desenvolvimento de recursos humanos para a saúde descentralizados nas Regiões do Estado. A articulação com a Universidade Federal da Bahia viabilizou a realização dos Cursos básicos regionalizados de saúde pública, o que possibilitou a inserção do sanitarista na estrutura da Sesab e se constituíram, também, em espaços de discussão das propostas do movimento da Reforma Sanitária Brasileira.

Com a reforma administrativa do Estado, em 1980, a Fuseb transformou-se na autarquia Iseb, Instituto de Saúde do Estado da Bahia (criado a partir da Lei Delegada nº. 12 de 30 de dezembro de 1980), o que provocou mudanças na área de RH, inclusive com a mudança do nome do Cetre para **Centro de Desenvolvimento de Recursos Humanos (Cendrhu)**. A nova estrutura deu continuidade ao enfoque de integração ensino-serviço, implementou o Projeto Larga Escala e ampliou a articulação com as instituições de ensino e entidades de classe, engajando-se, no movimento de Reforma Sanitária, já em curso, com as demais estruturas da Sesab, através inclusive a inserção de um técnico da área no Grupo de Coordenação e Apoio/GCA, estratégia que objetivava a efetivação da regionalização da saúde no estado.

DESENVOLVIMENTO DA ÁREA NO PERÍODO SUDS (1987-1989) E SUS (1991 – 2002)

O fato mais relevante para o desenvolvimento da área na década de 80, foi a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds) na Bahia, evento que marca a transição para o processo de construção do SUS que se daria na década seguinte. Em 1987, no contexto de governo estadual, eleito em 1986, as estruturas da saúde passam por uma nova reforma administrativa que extinguiu o Instituto de Saúde do Estado da Bahia (Iseb), passando a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia a contar com nova estrutura administrativa. Neste novo desenho passa-se a ter um Núcleo de Capacitação e Desenvolvimento de Recursos Humanos (NDRHU), composto por uma gerência de Capacitação, uma sub-gerência de lotação e uma coordenação de Educação em Saúde (PAIM, 1989; ALELUIA, 2006).

Com a mudança de governo, no ano de 1991, a Sesab passa por nova reformulação administrativa⁶ e o NDRHU passa a ser a Coordenação de Desenvolvimento de Recursos Humanos (Cendrhu), que passa a ser responsável por novos papéis, atividades e atribuições, no que tange às ações de capacitação, formação e desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde (ALELUIA, 2006). Cria-se, neste período a Divisão de Capacitação, à qual estava vinculada a Unidade de Formação Técnica em Saúde/Ufortec com a finalidade de atender à formação de trabalhadores dos níveis médio e elementar das diversas instituições que faziam parte do SUS, se configurando como o embrião da Escola de Formação Técnica em Saúde Prof. Jorge Novis (Efts). Esta forma de organização permanece ativa até a implantação da nova estrutura da Sesab, em 1998, quando o Cendrhu dá lugar à Superintendência de Educação Permanente e Comunicação em Saúde (Supecs) que, além das ações relativas ao desenvolvimento de recursos humanos, incorpora as ações de Comunicação e Informação em Saúde.

Em 1994 a UFORTEC transforma-se em **Escola de Formação Técnica em Saúde (Efts)**, por meio da Lei 6.660/94, e é autorizada a desenvolver cursos pela Portaria 3.983/97 Sec-BA. Oriunda do Projeto Larga Escala, a escola buscava formar atendentes de enfermagem sem qualificação específica, tendo se fortalecido com a implantação do Programa de Formação dos Auxiliares de Enfermagem (Profae), criado na década de 90, que visava potencializar a formação desse pessoal, através da realização de cursos de formação de auxiliares e técnicos de enfermagem. Cabe destacar que a Efts, se responsabilizava pela formação do pessoal de nível médio e pelo

6 - A Sesab aprova novo regimento, através Decreto nº 684 de 18 de novembro de 1991 para atender às disposições constantes da Lei 8080/90, que institui o Sistema, tendo como uma das competências “Promover a descentralização das atividades e dos serviços de saúde para os municípios, prestando-lhes apoio técnico e financeiro”.

ordenamento dos campos de prática da Sesab no Estado da Bahia, e fez parte da Rede de Escolas Técnicas do SUS, coordenada pela Sgtes, que contemplava 36 escolas distribuídas em vários estados da federação.

Para dar conta das ações de formação e qualificação dos trabalhadores de nível universitário, foi criada, por meio do Decreto Governamental nº 8.392 de 12 de dezembro de 2002, a **Escola Estadual de Saúde Pública Prof. Francisco Peixoto de Magalhães Netto** (Eesp), tendo como principal finalidade desenvolver ações de qualificação, formação e educação permanente para os profissionais do SUS. Nessa perspectiva, a Eesp estabeleceu parcerias com gestores públicos, instituições de ensino superior e de pesquisa atuantes no Estado da Bahia, o que permitiu viabilizar a transformação do conjunto de unidades da rede de gestão e de serviços em espaços de ensino, prática e aprendizagem, com ações direcionadas à formação dos trabalhadores e gestores do SUS, à reorientação da formação graduada em saúde, bem como a produção e disseminação do conhecimento científico e tecnológico no campo da saúde pública.

Importante destacar que a Escola de Formação Técnica em Saúde – Efts e a Escola Estadual de Saúde Pública - Eesp passaram a ter status de diretoria compondo a Superintendência de Educação e Comunicação em Saúde - Supecs. As ações administrativas de RH eram ligadas à Diretoria Geral, conforme estabelecido pela Secretaria de Administração do Estado (ALELUIA, 2006).

EXPANSÃO E FORTALECIMENTO DA ÁREA NO PERÍODO 2003-2015

A partir da criação da **Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (Sgtes)**, em 2003, o Ministério da Saúde assume o papel na formulação de políticas orientadoras da formação, desenvolvimento, distribuição, regulação e gestão dos trabalhadores da saúde.

Em 2004, por meio da Portaria N° 198/GM/MS de 13 de fevereiro de 2004, o Ministério da Saúde institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (EPS), entendida como uma estratégia de transformação das práticas de formação, de atenção, de gestão, de formulação de políticas, de participação popular e de controle social no setor da Saúde. A implementação dessa política na Sesab, contemplou a criação dos Polos de Educação Permanente em Saúde, considerados espaços locais, regionais, estaduais e interestaduais que deveriam funcionar como *dispositivos* do SUS para promover mudanças, tanto nas práticas de saúde quanto nas práticas de educação na saúde. Participavam dos polos de educação permanente: gestores estaduais e municipais, universidades, instituições de ensino na área da saúde, escolas de saúde pública, centros formadores, escolas técnicas de saúde do SUS, estudantes da área de saúde, trabalhadores de saúde, Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde, entre outros.

Em 2007, a Portaria GM/MS 1996 de 20 de agosto, substituiu a portaria que instituiu os Polos de Educação Permanente, reafirmando os princípios da EPS como norteadores para a construção dos Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde e das ações educativas na saúde e trata a gestão da educação na saúde (formação e desenvolvimento), não como uma questão simplesmente técnica, mas de natureza tecno política, “uma vez que envolve mudanças nas relações, nos processos, nos atos de saúde, nas organizações e nas pessoas e implica, portanto, na necessidade de articulação intra e interinstitucional que crie compromissos entre as diferentes redes de gestão, de serviços de saúde e educação e do controle social, possibilitando o enfrentamento criativo dos problemas e uma maior efetividade das ações de saúde e educação” (PINTO, 2005).

A partir desta nova portaria as ações de Educação na Saúde passaram a compor o Pacto de Gestão, uma das dimensões dos Pacto pela Saúde, instituídos em 2006, colocando a responsabilidade pelas ações de educação na saúde na agenda da gestão do SUS, como atividade que pode e deve contribuir para o seu desenvolvimento, para a qualificação profissional dos trabalhadores da área e para a mudança das práticas de saúde em direção ao atendimento dos princípios fundamentais do sistema, quais sejam, a descentralização da gestão, a integralidade da atenção à saúde, a participação da comunidade e a universalidade do acesso. Para isso, os gestores passaram a contar com o financiamento federal regular e automático para as ações de Educação na Saúde, por meio do Bloco de Financiamento da Gestão com repasse “fundo a fundo” e a Sesab iniciou o processo de substituição dos Polos pelas Comissões de Integração Ensino Serviço/Cies.

A partir do decreto nº 10.139, de 06 de novembro de 2006, que reestruturou a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, a Supecs foi denominada Superintendência de Recursos Humanos – Superh, passando a contar então com quatro diretorias: Escola Estadual de Saúde Pública - Eesp, Escola de Formação Técnica em Saúde – Efts, Diretoria de Administração de Recursos Humanos da Saúde – Darh, anteriormente vinculada a uma coordenação da Diretoria Administrativa, e a Diretoria de Planejamento e Gestão de Recursos Humanos da Saúde, que passa a ser Diretoria de Planejamento e Gestão da Educação e do Trabalho na saúde (Dpget) e já contemplava, como uma das suas coordenações, a coordenação de Gestão do Trabalho (BAHIA, 2006).

A instituição da Diretoria de Planejamento e Gestão da Educação e do Trabalho na saúde (Dpget) incorpora um conjunto de competências que não estavam alocadas em nenhuma estrutura da área de RH. Além das articulações demandadas pelo planejamento da área de RH, a diretoria assumiu a coordenação da secretaria executiva dos Pólos de Educação Permanente no estado, se responsabilizou pelo dimensionamento, levantamento do perfil da força do trabalho da Sesab e pela execução de ações de capacitação de conselheiros de saúde, de forma articulada com o Conselho Estadual de Saúde.

Em 2007, com a mudança de cenário político na Bahia, configurou-se uma nova etapa no processo de construção do SUS no Estado. A Secretaria da Saúde passou por uma mudança no seu organograma. A Superintendência de Recursos Humanos (Superh) passou a estar diretamente ligada ao Gabinete do Secretário de Saúde (Gasec) e, a partir de 2008, passou a contar em sua estrutura as quatro diretorias, assessorias, coordenação técnica, órgãos de apoio administrativo e uma coordenação financeira (SOLLA, 2014). As principais competências dessa superintendência, através da atuação integrada das suas quatro diretorias, estão voltadas para planejar, elaborar estudos, propor, executar, coordenar, acompanhar, avaliar, cooperar, apoiar e executar as políticas de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, em consonância com as demais superintendências e suas respectivas redes assistenciais da Sesab (BAHIA, 2008).

Neste processo, as duas diretorias recém criadas foram reorganizadas, mantendo-se a denominação da Diretoria de Administração de Recursos Humanos (Darh) e alterando o nome da Dpget para Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (Dgtes).

A Darh tem como finalidade regimental planejar, promover, coordenar, supervisionar, controlar, avaliar e gerenciar as atividades de administração de pessoal da Sesab, assim como realizar a atualização e monitoramento do banco de dados de RH e, em integração com as demais diretorias da Superh e outras superintendências, atua na perspectiva de implementar e consolidar um sistema descentralizado e regionalizado de gestão de pessoas. As ações são operacionalizadas através da Assessoria/Grupo de Apoio Técnico, Coordenações de Provimento e Movimentação (CPM), de Gestão de Processos de Pessoas (CGPP); de Gestão da Folha de Pagamento (CGFP) que incorpora a Coordenação do registro eletrônico de frequência; Serviço de Atendimento ao Servidor (Sas) e Coordenação de Formalização de Atos Oficiais (Cfao). O trabalho desenvolvido pela Darh está em consonância com a Lei nº 6.677 de 26 de setembro de 1994, que dispõe sobre o Estatuto dos Servidores Públicos Civis do Estado da Bahia, das Autarquias e das Fundações Públicas Estaduais, a Lei 11.373/2009 que institui o Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos para os trabalhadores do Grupo Ocupacional Serviços Públicos de saúde, a Lei 12.592/2012 que institui a gratificação por plantão para médicos/ GPP, a Lei 12.598/2012 que altera dispositivos da lei 11.373/2009 e a Lei 12.822/2013 que reestrutura a carreira médico e regulador da assistência à saúde.

A Dgtes inicialmente tinha por finalidade formular, executar e avaliar políticas e programas no âmbito da gestão do trabalho e educação na saúde no SUS-BA, em observância aos seus princípios, valorizando a humanização e a participação dos trabalhadores, gestores e usuários, com vistas à melhoria das condições, relações, processos e vínculos de trabalho. No início fez-se necessário realizar um diagnóstico da situação dos Recursos Humanos, constatando-se a dificuldade de obter informações confiáveis, especialmente de

dados quantitativos relacionados à disponibilidade e distribuição da força de trabalho no SUS – BA. Por conta desse obstáculo, utilizou-se dados qualitativos produzidos por gestores, trabalhadores e representantes dos usuários que participaram das Conferências Municipais de Saúde e da Conferência Estadual de Saúde, disponíveis nos relatórios produzidos, e de outros instrumentos, para conformação de um plano de ação para enfrentar os problemas apontados (RAMOS, et al., 2009).

Em 2007 foi instalada a Mesa Estadual de Negociação Setorial da Saúde, da qual, em 2009, emerge o PCCV dos trabalhadores da Sesab, importante instrumento de gerenciamento de Política de Gestão de Trabalho foi revisado, por meio da Lei Nº 11.373 de 05.02.2009. Em 2010, a Eesp realizou o primeiro Curso de Aperfeiçoamento/Especialização em Gestão do Trabalho e da Educação Permanente em Saúde. Em 2011 a Superh, através da Dgtes, passou a coordenar um Grupo Gestor, constituído através Portaria do Secretário formado por representantes das Superintendências de Atenção Integral à Saúde/Sais e Vigilância e Proteção da Saúde/Suvisa para a formulação e elaboração do Programa de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora da Sesab/Paist. Após a elaboração do Paist, o Grupo foi dissolvido e a Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (Dgtes). assumiu a coordenação do processo de implantação do programa.

A Dgtes elaborou o projeto voltado à Avaliação de Desempenho para os trabalhadores da Sesab, como dispositivo para o desenvolvimento na carreira; em integração com as escolas e a Diretoria de Administração de Recursos Humanos/ Darh. Também atuou no sentido de revitalização dos Núcleos Descentralizados de RH das Diretorias Regionais de Saúde e demais unidades de saúde da rede própria da Sesab, ora denominados Nugtes – Núcleos de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde e elaborou a Política Estadual de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde do SUS-BA (Pegtes).

A Dgtes atua, também, na coordenação da Política Estadual de Humanização da Gestão e da Atenção no SUS, no desenvolvimento de ações e prática de educação na saúde, vertente que inaugurou no âmbito da Sesab a pauta da educação popular, por meio do Programa MobilizaSUS, seu principal expoente, hoje extinto. Além dessas iniciativas, várias outras ações vêm sendo desenvolvidas e consolidadas, como: a implantação do Paist, suas estratégias e dispositivos, por meio dos Serviços de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Siaist) e das Comissões Locais de Saúde do Trabalhador (CLST); elaboração e implantação de leis, decretos, normas regulamentadoras e instruções normativas sobre desenvolvimento na carreira (PCCV); Implantação do Programa Estadual de Avaliação de Desempenho; Dimensionamento da Força de Trabalho; coordenou o Programa Mais Futuro e o Programa 1º Emprego (Inserção de jovens no mercado de trabalho), quando da implantação destes na Sesab; Programa PermanecerSUS; Enquadramento, Progressão e Promoção dos trabalhadores da Sesab; sistematização e publicização de in-

formações sobre a gestão e humanização do trabalho na saúde, por meio de boletins, documentos técnicos e artigos científicos; Coordenação da rede de humanização e gestão do trabalho no estado, a partir da instituição de coletivos de apoiadores e referências técnicas dessas áreas; apoio institucional aos Nuges sobre temáticas do campo da gestão do trabalho; além de realizar processos educativos/ formativos com foco nos processos de trabalho em saúde, como a Qualificação para gestores e trabalhadores das Policlínicas Regionais de Saúde, Qualificação para implantação dos dispositivos de humanização, Qualificação para consolidação das ações de saúde e segurança dos trabalhadores, dentre outras iniciativas de relevância estadual.

COMENTARIOS FINAIS

O processo de institucionalização, expansão e fortalecimento da área de Gestão do Trabalho e Educação na saúde no âmbito das instituições gestoras do SUS, ao longo das últimas décadas, evidencia a influência de um conjunto de processos que atravessam o sistema de saúde e determinam as decisões e ações dos gestores diante dos problemas e das alternativas de encaminhamento e solução que se apresentam e ganham força em cada conjuntura.

Este capítulo apresentou uma breve e sucinta descrição dos principais fatos que marcaram esse processo, aludindo a alguns acontecimentos marcantes no âmbito mais geral da política de saúde adotada pelo Estado brasileiro, desde o período dos governos militares, nos anos 70, passando pela transição democrática os anos 80, ao longo do processo de construção do SUS, sem analisar, todavia, as dificuldades que este sistema tem tido para se manter e consolidar no período mais recente, de 2015 a 2020.

Com este pano de fundo, tratamos de descrever o processo de desenvolvimento institucional da área de Gestão da Educação e do Trabalho em Saúde na Sesab, elencando as principais iniciativas, os projetos, programas, ações e políticas implementadas até 2021, esperando que os próximos capítulos desta coletânea, ao abordarem aspectos específicos desse processo, apontem as dificuldades que vem sendo enfrentadas e acenem com as perspectivas futuras, de continuidade ou das mudanças necessárias em virtude dos novos desafios que se apresentam no momento atual.

REFERENCIAS

ALELUIA, L.R.; COUTO, O.K.; OLIVEIRA, T.D.T. Estruturação da área de Recursos Humanos da Secretaria da Saúde na Bahia de 1974-2004. Rev. Baiana Saúde pública, v. 30, n. 1, p. 105-128, 2006.

AROUCA, AS. O Dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva [1975], UNRSP, Fiocruz, São Paulo-Rio de Janeiro, 2003.

BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Superintendência de Recursos Humanos. Política Estadual de Gestão do Trabalho e da Educação Permanente em Saúde. Salvador: Sesab, 2008.

_____. Decreto nº 10.139 de 06 de novembro de 2006. Aprova o regimento da Secretaria da Saúde. Diário Oficial do Estado da Bahia, Salvador, Ba, 07 nov. 2006.

BELISÁRIO, S.A. Associativismo em Saúde Coletiva: um estudo da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Abrasco, 2002. Tese de Doutorado em Saúde Coletiva, Campinas: Faculdade de Ciências Médicas/Universidade Estadual de Campinas (Unicamp)

BRASIL, Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p

BRASIL, Lei nº 8080, de 28 de dezembro de 1990. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF. 24 set 1990 a.

BRASIL, Lei nº 8142, de 19 de setembro de 1990. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF. 31 dez 1990 b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Princípios e Diretrizes para Nob/RH-SUS / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – 2. ed., rev. e atual., 2ª reimpressão – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL..MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Série B. Textos Básicos de Saúde, Série Pactos pela Saúde 2006, v. 9. Brasília – DF. 2009

DONNANGELO, MCF. Medicina e sociedade. Pioneira, São Paulo, 1975.

DONNANGELO, MCF. Saúde e Sociedade. São Paulo, Duas Cidades, 1976, 124p

FLEURY, S. Saúde e Democracia – A luta do Cebes. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

MACHADO, MH; VIEIRA, ALS; OLIVEIRA, E. Gestão, Trabalho e Educação na Saúde: perspectivas teórico-metodológicas. In: BAPTISTA, TW; AZEVEDO, C.S; MACHADO, CV; Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde: abordagens e métodos de pesquisa. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 215, p. 293-321.

MACHADO, M.H.; OLIVEIRA, E.S.; MOYSÉS, N.M.N Tendências do Mercado de Trabalho em Saúde In: PIERANTONI, C; DAL POZ, MR.; FRANÇA, T. (Orgs.). O Trabalho em Saúde: abordagens quantitativas e qualitativas. 1ª.ed. Rio de Janeiro: CEPESC- UERJ, 2011, v. 001, p. 103-116.

MENDES GONÇALVES, RB. Medicina e história. Raízes sociais do trabalho médico. Dissertação de mestrado, área de Medicina Preventiva do Curso da Pós-Graduação da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 1979, 209p.

NUNES, TCMN. Democracia no Ensino e nas Instituições. A Face Pedagógica do SUS. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007

PAIM, JS. Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. EDUFBA/Fiocruz, Salvador-Rio de Janeiro, 2008.

PAIM.J.S. A gestão do Suds no Estado da Bahia. Cadernos de Saúde Pública, v. 5, n. 4, p. 365-375, 1989.

PINTO, LLS. Considerações sobre o projeto para conformação da rede de Pólos de Educação Permanente da Bahia. Relato Técnico. In: Revista Baiana de Saúde Pública. V.29, n.1, 2005.

PINTO, ICM; PADILLA, M.;NUNES, TCM "Trabalho e Educação na Saúde: desafios para a garantia do Direito à saúde e acesso universal às ações e serviços no SUS".IN: Opas Relatório 30 anos de SUS: Que SUS para 2030.Brasília/ Opas 2018

PINTO, ICM et al. 2013 Trabalho e educação em saúde no Brasil: *tendências da produção científica* entre 1990-2010 Ciência e Saúde Coletiva, vol.18, n.6, 2013. pp.1525-1534.

PINTO, ICM; NUNES, TCM; BELISÁRIO, AS; CAMPOS, FE. De Recursos Humanos a Trabalho e Educação na Saúde: o estado da arte no campo da Saúde Coletiva. In: Paim, J. e Almeida-Filho, N. Saúde Coletiva: Teoria e Prática. Rio de Janeiro: MedBook, 2014 b, p. 611-623.

RAMOS, A.S *et al.* Política de Gestão do Trabalho e Educação Permanente na Bahia: O SUS é uma escola. Revista Baiana de Saúde Pública, Salvador, v..33, n.1, jan./mar, 2009.

RODRIGUEZ-NETO, E. Alternativas transformadoras na educação Latino-americana. Ver. Bras.Educ.Med.11(2):1-72, 1987.

SOLLA, JJ et.al. Estratégias da política de gestão do trabalho e educação na saúde: experiências da Bahia, Salvado: EDUFBA, 2014.

SÓRIO, R; LAMARCA, I. Novos desafios das escolas técnicas de saúde do SUS. Physis (RJ);8(2):147-64, 1998.

TEIXEIRA, C.F.; SOUZA, L.E.F.; PAIM, J.S. Sistema Único de Saúde (SUS): a difícil construção de um sistema universal na sociedade brasileira. In: PAIM, J.S. e ALMEIDA FILHO, N. Saúde Coletiva: teoria e prática. Rio de Janeiro: Medbook, 2014. p.121-137.

TEIXEIRA CF, PAIM JS. A crise mundial de 2008 e o golpe do capital na política de saúde no Brasil. Saúde debate [Internet]. 2018; 42(n.spe2): 11-21. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s201>

CAPÍTULO 2

Bruno Guimarães de Almeida
Haroldo Jorge de Carvalho Pontes
Mónica Yolanda Padilla Diaz

O Papel do Conass e da Opas no desenvolvimento da Gestão do Trabalho em Saúde no SUS

Contra o pessimismo da razão,
o otimismo da prática.

Antonio Gramsci

O PAPEL DO CONASS E DA OPAS NO DESENVOLVIMENTO DA GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE NO SUS

INTRODUÇÃO

Os princípios e diretrizes constitucionais estabelecem à Saúde no Brasil como um direito a ser garantido pelo Estado e instauram o Sistema Único da Saúde (SUS) como o meio para garantir o acesso universal Da população brasileira às ações e serviços de saúde. Sua conformação enquanto um direito, inscrito na Constituição Federal (CF) de 1988, é fruto de uma conquista histórica do povo brasileiro e se materializa por um conjunto de valores dentre os quais, a democracia, o humanismo e o federalismo (MATTA, 2007).

Este ideário político se expressa nos preceitos básicos do SUS, regulamentado em legislação ordinária em 1990 (Leis orgânicas nº. 8.080 e nº. 8.142), e implementado inicialmente através de normas operacionais (RIBEIRO, 1994), e posteriormente pela regulamentação de normativas, como o Decreto nº. 7.508/2011 que dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.

A CF de 1988 estabeleceu o que alguns autores chamam de “federalismo sanitário” pois o arranjo institucional proposto pelo SUS garantiu espaços de articulação vertical e horizontal dos gestores do sistema, produzindo as condições de possibilidade para a ação de instâncias colegiadas (CERQUEIRA, 2019). Este processo de institucionalização de políticas por meio da ação de grupos de interesse, confere ao pacto local e nacional funções de difusão de informações, vocalização política de demandas sociais, estabelecimento de parâmetros para a gestão do sistema e promoção de seu equilíbrio.

O processo de construção do sistema envolve uma complexa dinâmica de relações e acordos sociais sobre as demandas de saúde da população, os avanços técnicos científicos e as inovações em saúde, a disponibilidade orçamentária, a capacidade efetiva de gestão, entre outros elementos, que, em seu conjunto, definem a resposta do Estado às necessidades de saúde no país (OPAS, 2019).

Considerando o conjunto diverso de atores que integram a arena decisória do sistema, os conflitos e as divergências de interesses figuram entre as inúmeras questões a serem enfrentadas no processo de discussão, negociação e pactuação, tendo em vista a institucionalização das políticas e ações propostas no âmbito do SUS. Neste contexto, o Estado ocupa o centro do processo de formulação e decisões para as diferentes políticas, incluindo-se as de saúde, e propõe inovações organizacionais, como, no caso brasileiro, os Conselhos de saúde (municipais, estaduais e nacional), Conselho Nacional

de Secretários de Saúde (Conass), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) dentre outros órgãos colegiados que conformam o elenco de instâncias colegiadas do SUS.

O Conass, especificamente, foi criado em fevereiro de 1982, antes mesmo da implementação do SUS, a partir do desejo dos secretários estaduais de saúde de atender a recomendação de Alma Ata cujo lema era “Saúde para todos no ano 2000”. Configura-se como uma associação civil sem fins lucrativos, de direito privado, com autonomia administrativa, financeira e patrimonial, cuja ação, ao longo do processo de construção do SUS, tem se pautado pelos princípios do direito público. A missão institucional do conselho é promover a articulação e a representação política da gestão estadual do SUS, proporcionando apoio técnico às Secretarias Estaduais de Saúde (Ses), coletiva e individualmente, de acordo com suas necessidades, por meio da disseminação de informações, produção e difusão de conhecimentos, inovação e incentivo à troca de experiências e boas práticas.

Para além dos espaços colegiados, outra importante iniciativa para o fortalecimento do SUS, tem sido os processos de cooperação técnica com organismos internacionais em saúde, a exemplo da Organização Pan Americana de Saúde - Opas. A Opas trabalha com os países das Américas para melhorar a saúde e a qualidade de vida de suas populações. Fundada em 1902, é a organização internacional de saúde pública mais antiga do mundo. Atua como escritório regional da Organização Mundial da Saúde (OMS) para as Américas e é a agência especializada em saúde do sistema interamericano. Em sua sede regional, estabelecida em Washington D.C., Estados Unidos, a Opas/OMS lidera seus 28 escritórios em países da região, dois Programas Sub-regionais e três centros especializados. O organismo internacional oferece cooperação técnica em saúde a seus países membros; apoia na formulação, desenvolvimento e monitoramento das políticas públicas em saúde, criação de capacidades em saúde, combate doenças transmissíveis e doenças crônicas não transmissíveis, bem como suas causas; e fortalece os sistemas e serviços de saúde e apoia na resposta ante emergências e desastres.

Essas instâncias colaboram para potencializar pautas estruturantes do sistema de saúde, das quais a área de recursos humanos se apresenta como fundamental para operacionalização das ações e serviços de saúde. Neste contexto, a Opas e o Conass configuram-se como atores coletivos, que contribuem para a consolidação dessa área, que, na atualidade, organiza-se em torno da Gestão do Trabalho e Educação na Saúde.

A Opas inicia seu histórico de articulação dos temas relacionados à Gestão do Trabalho em 1999, por meio da organização do Observatório de Recursos Humanos, contando, em um primeiro momento, com nove países. Posteriormente, organiza uma Rede de Observatórios de Recursos Humanos em Saúde/Rorehs, fruto da articulação entre Opas e a Secretaria de Políticas de

Saúde do Ministério da Saúde (MS), com dimensão internacional, envolvendo 21 países, cujo objetivo se centrava na produção de estudos e pesquisas e na disponibilização de informações como subsídio para as ações e avaliação das políticas e programas voltados para os recursos humanos em saúde.

No caso do Conass, a instância tem um histórico de participação direta na discussão, criação e implementação das políticas públicas de saúde, desde o nascimento do SUS, em 1988, até a sua regulamentação em 1990, década em que se consolidou como representante da gestão estadual do SUS quando, com a criação da Comissão Intergestores Tripartite (Cit) em 1991, passou a representar formalmente os interesses dos secretários estaduais de saúde no fórum destinado à tomada de decisão em conjunto com União e municípios. Em 2011 um fato importante marcou a história do Conselho: a sua institucionalização, com a publicação da Lei n. 12.466, que reconheceu legalmente o Conass como entidade representativa dos Entes Estaduais nas instâncias do SUS, para tratar de matérias referentes à saúde. Para atender as necessidades das Ses, o Conass possui 13 Câmaras Técnicas (CT) que atuam com o objetivo de fortalecer o corpo técnico da instituição e respaldar as decisões políticas de seus membros, das quais a CT de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (CTGTES) é uma das mais profícuas e atuantes.

Importante destacar que esses dois espaços participam ativamente das decisões acerca do processo de gestão e implementação do SUS, inclusive propondo alternativas para a qualificação e inserção de políticas, programas, projetos e ações, na agenda governamental do país. Em específico no campo da Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, a Opas e o Conass, cooperam tecnicamente para aprimorar o SUS, com foco na qualificação dos trabalhadores da saúde e no desenvolvimento de ações integradas e de suporte técnico-científico para a definição de políticas de recursos humanos em saúde. Dessa forma, contribui para a adequada formação, alocação, qualificação e valorização dos trabalhadores, induzindo a promoção de processos, condições, relações e vínculos de trabalhomaais seguros e saudáveis (CONASS, 2021 & OPAS, 2021).

Diante desse importante desafio, este capítulo abre espaço para que a Opas e o Conass, possam refletir sobre a importância desses organismos para as pautas dos trabalhadores, resgatando aspectos da história dessas instâncias que colaboraram para a estruturação dessa área, lançando luz sobre os desafios da atualidade e discorrendo sobre as perspectivas futuras do trabalho em saúde. Ainda mais, este texto busca desvelar o sentido da ação de um ator coletivo e dos seus respectivos agentes individuais em um contexto crucial da história recente das políticas de saúde do Brasil, em particular no tocante à área de recursos humanos (CASTRO, 2008).

FORTALECER A CAPACIDADE NACIONAL PARA A COOPERAÇÃO INTERNACIONAL EM GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE: O DESAFIO DA ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS)

O Desenvolvimento dos Recursos Humanos na Saúde é um fator determinante para os sistemas e serviços de saúde no mundo, isto porque, evidentemente, o fator humano faz a diferença nos resultados que um sistema de saúde pode alcançar. É fundamental, portanto, melhorar a disponibilidade, acessibilidade, aceitação e qualidade da mão-de-obra no setor da saúde, como desafios para os países do mundo e da região.

Nessa perspectiva, a Cooperação Técnica em saúde do Brasil precisa responder ao modelo de governança do país, centrado numa democracia representativa, com mecanismos tripartites que estabelecem uma distribuição de funções e atribuições entre os níveis federal, estadual e municipal, bem como a participação popular, elementos que geram uma demanda por uma agenda de Gestão do Trabalho complexa e diversificada.

O Conass constitui um nível de gestão política nacional que oferece um canal oficial privilegiado para a análise da situação, a caracterização e identificação de problemas comuns e a possibilidade de criar soluções práticas e aplicáveis para os 26 Estados e o Distrito Federal. O mecanismo institucional, a Câmara Técnica de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (CTGTES), e especialmente a agenda acordada por todos os seus membros, constituem um eixo organizador do trabalho de cooperação técnica e contribui para a estabilidade do sistema, diante da contínua mudança técnica e política inerente à dinâmica da gestão pública no país.

A Opas, por sua vez, considera que um dos seus principais compromissos é reconhecer o nível de desenvolvimento do Brasil e abrir canais de comunicação e trabalho conjunto com os países das Américas, com base na relação de longa data do Brasil. Nessa perspectiva, entende que o modelo de governança do SUS é um elemento chave no desenvolvimento institucional do sistema, permitindo sua participação sistemática e uma inserção ativa na elaboração das respostas do país à dinâmica técnico política da área de Recursos Humanos em Saúde (RHS).

Desse modo, a Opas compreende a cooperação técnica como um processo de construção conjunta, intercâmbio ativo de conhecimentos e práticas, gestão do conhecimento e inovação, tanto nacional como internacional. A organização baseia-se nas abordagens de cooperação Sul-Sul e triangular, o que lhe permite facilitar este intercâmbio de e para o Brasil e aplicar o mesmo princípio para a relação entre estados e municípios do país.

De fato, o eixo de cooperação internacional Conass e Opas é um acordo interinstitucional oficial que tem sido fortalecido ao longo do tempo, de modo que, a partir de 2016, a Opas começou a participar das reuniões da CTGTES do Conass, considerada, por ambas as organizações, como um espa-

ção de harmonização de políticas com elevada capacidade de convocação que permite o diálogo entre as particularidades de cada Estado, estabelece problemas comuns e identifica estratégias coletivas para reforçar as capacidades de resposta dos Estados aos múltiplos desafios do desenvolvimento de RHS.

A ARTICULAÇÃO FEDERATIVA, O PACTO SOCIAL E O CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS): FORMULAÇÃO, PACTUAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL

Como apontado anteriormente, o Conass tem por objetivo central propiciar um diálogo e uma articulação entre as Ses ao tempo em que articula e representa as Ses junto a outras instituições, em especial junto ao Ministério da Saúde. Desde a sua constituição, liderada pelo Dr. Adib Jatene, à época Secretário de Saúde do Estado de São Paulo, o Conass desempenhou um papel importante na elaboração da proposta e constituição do Sistema Único de Saúde. Consequentemente, sua história está profundamente articulada com a história do SUS. Esta integração passou a ter amparo legal com a constituição da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) composta pela União, Estados e Municípios, que materializa a concepção de pacto federativo, espaço democrático de tomada de decisão por todos os entes da federação, sendo que o Conass representa os Estados na CIT. Além disso, esta articulação também se materializa com a participação do Conass, como membro permanente, no Conselho Nacional de Saúde.

Como parte integrante e fundamental de sua missão institucional, o Conass desenvolve várias ações de apoio às Secretarias Estaduais de Saúde. Para atender a este objetivo realiza sistematicamente um levantamento junto as Ses, para identificar as áreas que mais demandam apoio. Nos últimos levantamentos realizados emergiu, com mais força, a necessidade de apoiar as ações de Gestão do Trabalho, porém, de forma genérica, sem explicitação clara das necessidades de apoio. De posse deste levantamento, a Câmara Técnica de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (CTGTES) do Conass, em parceria com a Unidade Técnica de Capacidades Humanas da Opas/Brasil, iniciou um trabalho de decodificação das demandas, buscando identificar os problemas e as necessidades das Ses.

Cabe registrar que as Câmaras Técnicas do Conass têm por objetivo apoiar a gestão estadual em todas as questões que envolvem seu campo de atuação. A CTGTES é composta por dois representantes de cada Ses, gestores do trabalho e da educação, indicados pelo Secretário Estadual de Saúde. Possuem representatividade, porque são formalmente indicados para este fim, bem como legitimidade, pelo trabalho que exercem em cada Ses. A organização em Câmaras Técnicas permite capilaridade e agilidade para tomar decisões e propor encaminhamentos. Estas características possibilitaram discutir em profundidade o sentido das solicitações de apoio às áreas de Gestão do Trabalho por parte das Ses.

A participação da área de Capacidades Humanas da Opas/Brasil foi fundamental para definir com clareza os problemas a serem enfrentados, conduzindo à construção de uma agenda técnica para o desenvolvimento dos recursos humanos em saúde, centrada nos componentes da gestão do trabalho e da educação no e para o SUS. Neste processo foi feita a análise dos problemas prioritários e da capacidade institucional para lhes dar resposta, isto é, das competências críticas necessárias para avançar efetivamente na resolução dos problemas e na construção de um quadro institucional que garanta a sustentabilidade e a capacidade governamental nesta sensível área temática da política pública em saúde.

Neste exercício participativo entre a Opas e o Conass, a metodologia adotada revê a definição de ações de reforço da capacidade de gestão descentralizada das Ses e principalmente nos gestores responsáveis pelo trabalho e educação (tanto as direções da Gestão de Trabalho e Gestão da Educação como as Escolas Estaduais de Saúde Pública). Assim, uma primeira priorização das áreas de Cooperação Técnica foi dada aos aspectos de planejamento e gestão da força de trabalho, principalmente informação e utilização de evidência para a tomada de decisões e reforço das capacidades de formação e profissionalização no trabalho de saúde com os Escolas Estaduais de Saúde Pública.

Num segundo momento, que parte de uma análise das funções e atribuições do nível estadual para modelar a força de trabalho e garantir sua disponibilidade, acessibilidade e qualidade para o SUS, organiza-se uma agenda com projeção de médio e longo prazo, que inclui, como eixos, o reforço da capacidade institucional da Gestão do Trabalho para acesso universal à saúde, a educação e a prática profissional para a qualificação dos serviços de saúde e a Informação e utilização de evidências para a tomada de decisões. Tudo isto a partir de uma perspectiva ampla da gestão do conhecimento, que inclui a investigação e a inovação.

As principais dificuldades enfrentadas pelas Ses nos últimos cinco anos, resultado de uma pesquisa coordenada pela professora Janete Lima de Castro, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, e publicado pelo Conass, também ajudaram a organizar o problema. Na citada obra, no item de desenvolvimento de atividades com vistas à formulação da Política Estadual de Gestão do Trabalho em Saúde, a insuficiência de recursos humanos aparece com uma das mais citadas. Este problema, relacionado à insuficiência de recursos humanos, também é destacado quando o tema é o Planejamento e Dimensionamento da Força de Trabalho em Saúde. Quando, entre as dificuldades enfrentadas nos últimos cinco anos, o tema foi a Organização ou Aperfeiçoamento do Sistema de Informação de apoio à Gestão do Trabalho em Saúde foram as mais citadas, entre outras: centralização dos sistemas de informação em outros órgãos, carência de pessoal qualificado e informações pouco precisas. Buscar saber como as Ses têm enfrentado as dificuldades no campo da gestão e da regulação do trabalho, uma das questões da pesquisa, também é uma de nossas preocupações. Por fim, conclui o trabalho afirman-

do que as dificuldades mapeadas indicam caminhos a serem considerados em agendas de prioridades futuras, tais como: necessidade de planejamento e redimensionamento das equipes e investimento na qualificação e educação permanente das equipes de gestão do trabalho (CASTRO, 2019).

Os levantamentos realizados junto as Ses, bem como o trabalho citado, demonstraram que existe consenso sobre a insuficiência de recursos humanos, bem como a necessidade de permanente atualização e qualificação dos trabalhadores, mas ainda falta uma clara definição do problema. Dimensionar necessidade de pessoal é um exercício complexo, porque é preciso articular necessidade e objetivos, e o resultado desta integração tem que ser permanentemente atualizado e contextualizado. O ponto de partida, portanto, precisa ser sempre a obtenção da informação mais exata possível sobre o problema a ser solucionado. Observa-se, assim, que a produção de informações úteis para subsidiar o planejamento, a execução, o controle e avaliação das ações e serviços públicos de saúde ainda representa um grande desafio. No campo da Gestão do Trabalho, a disponibilização de dados e indicadores para consulta e uso pelos gestores e técnicos responsáveis pelo tema ainda apresenta pontos que necessitam ser equacionados.

Para enfrentar este desafio o Conass e a Opas estabeleceram uma parceria institucional para o desenvolvimento de ações voltadas ao fortalecimento da capacidade técnica para utilização de informações na área da Gestão do Trabalho, com o objetivo inicial de desenvolver rotinas de análises de dados e capacitar gestores das Ses no uso apropriado de informações para aperfeiçoamento da gestão das despesas com pessoal da saúde. A parceria buscou, em um primeiro momento, informações sobre duas questões básicas: força de trabalho e despesas de pessoal. De posse destas informações, tornou-se possível capacitar os gestores para análise e interpretação de dados que permitem saber quantos são, onde estão e quem são os profissionais em atendimento nos estabelecimentos de saúde vinculados ao SUS, bem como capacitar para gestão da folha de pagamento e outras despesas de pessoal. Neste caso, desenvolver um modelo de análise da folha de pagamento que permitam identificar despesas que possam ser monitoradas e avaliadas por meio de indicadores específicos. Saber quanto se paga, o que se paga e a quem se paga e constituir indicadores de volume e composição das despesas de pessoal, e realizar uma análise integrada da folha de pagamento. Essas ações combinadas possibilitam contribuir para o desenvolvimento institucional e o fortalecimento da capacidade gestora das equipes das unidades de Gestão do Trabalho das Ses.

Em 2020, dando continuidade ao trabalho de fortalecimento da capacidade técnica para utilização de informações na área da gestão do trabalho, o Conass, novamente em parceria com a Opas, criou o Ciegges (Centro de Informações Estratégicas para a Gestão Estadual do SUS), com o objetivo de organizar e disponibilizar informações estratégicas para a Gestão Estadual, por meio de painéis dinâmicos e individualizados por Estado.

Na área de Gestão do Trabalho, dois painéis foram desenvolvidos: um sobre força de trabalho e o outro sobre despesas de pessoal. O primeiro contempla a elaboração de indicadores sobre o tamanho e a composição da força de trabalho do SUS, calculados a partir de dados do Cnes, que possibilitarão saber quantos são, onde estão e quem são os profissionais em atividade nos estabelecimentos de saúde vinculados ao SUS. O segundo prevê a elaboração de indicadores sobre o volume e a composição das despesas com pessoal, calculados a partir de dados da folha de pagamento e dos contratos de prestação de serviços de terceiros, que possibilitam saber quanto se paga, o que se paga e a quem se paga, para assegurar a disponibilidade de pessoal nos estabelecimentos estaduais de saúde.

A Opas se responsabilizou pelo desenvolvimento de solução de TI para visualização de dados em painéis de indicadores a serem divulgados em salas de situação e centros de informação e decisões estratégicas em saúde. Acrescentou-se, portanto, ao trabalho de fortalecimento das capacidades técnicas das Ses, uma ferramenta nova: painéis com indicadores do Cieges sobre Gestão do Trabalho, com o objetivo de possibilitar agilidade na tomada de decisão, fluxo de informações estratégicas organizadas, disponíveis e de fácil acesso, integração da base de dados, gestão com decisões baseadas em informações e integração efetiva de informações da área de planejamento, orçamento e finanças.

Fica claro, portanto, que o principal objetivo, de contribuir para o desenvolvimento institucional e o fortalecimento da capacidade gestora das equipes das unidades de Gestão do Trabalho das Ses, mesmo ainda carecendo de informações e estudos mais precisos, tem sido alcançado. Gestores com informações confiáveis, de fácil acesso, ágeis e atualizadas, que possibilitam tomada de decisão em tempo oportuno. Por último, é muito importante destacar e afirmar que o sucesso deste trabalho está estreitamente vinculado à parceria de duas instituições que tem história consolidada na elaboração e execução de proposições no campo da saúde pública e na construção e fortalecimento do SUS: o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e a Organização Pan Americana de Saúde (Opas).

APONTAMENTOS FINAIS

A efetivação do SUS enquanto uma política de estado, continua sendo um desafio importante para consolidação da saúde enquanto um direito social. O que torna possível os avanços neste sentido, são os esforços conjuntos das instâncias coletivas que se constituem como atores políticos fundamentais na proposição, implantação e avaliação das ações, programas e estratégias que materializam a saúde no cotidiano da população brasileira.

O Conass e a Opas, historicamente, desempenham um papel relevante no processo decisório no âmbito da Política de Saúde. O Conass constitui-se em um ator político relevante, na medida em que, atuando ao interior da sociedade política (Estado), foi capaz de participar da produção de fatos políticos que marcaram a trajetória da política de saúde (CERQUEIRA, 2019). Já a Opas, como Representação da Organização Mundial da Saúde nas Américas, tem buscado atender à crescente demanda de cooperação técnica na área da saúde por meio da consolidação de um modelo internacional que privilegia o alcance de resultados e o enfrentamento de desafios com base na solidariedade e no pan-americanismo.

As referidas instituições exercem um papel fundamental na melhoria de políticas e serviços públicos de saúde, por meio da transferência de tecnologia e da gestão do conhecimento acumulado e de experiências produzidas nos anos de trabalho dedicados ao SUS. Deste modo, o Conass e a Opas constituem-se relevantes arenas de debates técnico-políticos, assumindo elevado grau de importância na formulação e implementação da política de saúde atual.

Para o campo da Gestão do Trabalho, os espaços colegiados que o constituem são fundamentais para inserção desse tema na agenda dos gestores. Ainda há um longo percurso para que os trabalhadores e trabalhadoras possam gozar de plenos direitos, para que consigam exercer suas funções com o mínimo de garantias trabalhistas e sociais. A experiência acumulada, porém, permite se afirmar que o intercâmbio internacional e a cooperação sul-sul e triangular é um eixo a ser sistematicamente desenvolvido como estratégia dupla, para a aprendizagem e crescimento locais e para a contribuição internacional do Brasil na região e a nível global. Sem dúvida a sinergia técnica e política da aliança Conass/ Opas constitui um ganho na construção de uma plataforma sustentável de trabalho para o aprimoramento permanente do SUS.

A pandemia da Covid-19 descortinou parte das dificuldades vivenciadas por este segmento, questões já há muito tempo discutidas nas câmaras técnicas e nos processos de cooperação realizados pelo Conass e Opas com os estados. Decerto, isto justifica a pauta de gestão do trabalho figurar em instâncias deliberativas do SUS e, mesmo que timidamente, continuar sendo inserida nos planejamentos e orçamentos estaduais.

Para tanto, acredita-se que insistir em resgatar a história, refletir sobre o presente e exercitar o esperar, em especial sobre temas tão complexos e invisibilizados como a gestão do trabalho na saúde, concretizam a capacidade institucional desses órgãos, garantindo-lhes autonomia e emancipação política na defesa do SUS enquanto expressão constitucional do direito à vida.

REFERENCIAS

CASTRO, JL. et al. Os Desafios da Gestão do Trabalho nas secretarias Estaduais de Saúde no Brasil. CONASS Documenta 32. Brasília-DF. CONASS, 2019.

CASTRO, JL. Protagonismo silencioso: a presença da Opas na formação de recursos humanos em saúde no Brasil / Janete Lima de Castro. ____ Natal-RN: Observatório RH-NESC UFRN; Ministério da Saúde; Opas/OMS, 2008. 267p.

CERQUEIRA, SCC. O Conass e as linhas de construção do SUS: análise política do período 2006-2016. 2019, 208f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2019.

<https://www.conass.org.br/gestao-do-trabalho-e-da-educacao-na-saude-rh/>. Acessado em 16 de julho de 2021.

<https://www.paho.org/pt/cooperacao-tecnica-no-brasil>. Acessado em 16 de julho de 2021.

MATTA, GCA. Políticas de Saúde: Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV, Fiocruz, 2007.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Relatório Técnico. RT_TC102_1sem2019 14022020

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Relatório Técnico_RT_TC102_2sem2020_revisado_jun2021_1706

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Reunião Regional dos Observatórios de Recursos Humanos em Saúde (2005: Brasília, DF) Chamado a Ação de Toronto: 2006-2015: rumo a uma década de recursos humanos em saúde nas Américas / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do trabalho e da Educação na saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 12p

RIBEIRO, J. M., 1994. O SUS e o desafio neocorporativo. *Saúde em Debate*, 44:48

THOMAZINI, BS. Federalismo brasileiro: Origem e evolução histórica de seus reflexos na atualidade. Artigos, [s. l.], 2020. Disponível em: <https://ambitojuridico.com.br/cadernos/direito-constitucional/federalismo-brasileiro-origem-e-evolucao-historica-de-seus-reflexos-na-atualidade/>. Acesso em: 13 jul. 2021.

CAPÍTULO 3

Bruno Guimarães de Almeida
Gilda Assis Alves
Isabela Cardoso de Matos Pinto
Janaína Peralta de Souza
José Carlos da Silva (Carlos Silvan)
Maria Constantina Caputo
Marília Santos Fontoura
Telma Dantas Teixeira de Oliveira

O desafio de constituir-se contra hegemônico: O itinerário da Gestão e Humanização do Trabalho no SUS – Bahia

A utopia está lá no horizonte.
Me aproximo dois passos, ela se afasta dois passos.
Caminho dez passos e o horizonte corre dez passos.
Por mais que eu caminhe, jamais alcançarei.
Para que serve a utopia?
Serve para isso: para que eu não deixe de caminhar.

Fernando Birri citado por Eduardo Galeano

O DESAFIO DE CONSTITUIR-SE CONTRA HEGEMÔNICO: O ITINERÁRIO DA GESTÃO E HUMANIZAÇÃO DO TRABALHO NO SUS - BAHIA

INTRODUÇÃO

A gestão do trabalho em saúde além de ser um campo teórico é também uma política pública no campo da saúde no Brasil, que ganhou força no Ministério da Saúde a partir de 2003, no governo Lula, com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (Sgtes), através do Decreto nº 4.726, de 9 de junho, que criou condições favoráveis ao desenvolvimento desta área no âmbito das Secretarias Estaduais e Municipais de saúde.

Este capítulo trata da experiência da Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (Dgtes), estrutura vinculada a Superintendência de Recursos Humanos (Superh) da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Sesab), no período de 2006 a 2021, dando ênfase ao resgate da percepção dos sujeitos coletivos e individuais envolvidos nesse processo, marcado pela mudança na condução das políticas públicas no Estado, especialmente a política de saúde.

Inicialmente, entendemos ser importante situar os possíveis leitores de onde partimos, em termos de concepção teórica e política sobre gestão do trabalho em saúde. Assim, assumindo que “A Gestão do Trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS) envolve as questões relacionadas à vida funcional do trabalhador (ingresso, provimento, movimentação, enquadramento, desenvolvimento na carreira e garantia de direitos trabalhistas), as garantias de condições adequadas de trabalho, participação dos trabalhadores na formulação de políticas (Plano de Cargos, Carreiras e Salários) e a criação de espaços de negociação” como por exemplo, as mesas permanentes de negociação no SUS”. Consideramos, ademais, que para dialogar, planejar, implantar e avaliar políticas, ações, programas e projetos de GTS é fundamental articular as dimensões que estruturam a referida área, trazendo para o prosclênio. questões relacionadas às condições, relações, processos e vínculos de trabalho, objetivando a valorização dos/as trabalhadores/as da saúde.

Cabe destacar que , com a criação da Sgtes, ampliou-se o debate em torno de concepções acerca do “trabalho em saúde”, “gestão do trabalho” e “gestão da educação na saúde”, evidenciando tensões no campo científico, articuladas e propostas de políticas e práticas denominadas anteriormente de “desenvolvimento de recursos humanos em saúde”, termo que foi e até hoje é, alvo de reflexões que apontam as necessidade de superação levado em conta as múltiplas dimensões da “produção da saúde”, como atenção, gestão e educação (BRASIL, 2009).

Não pretendemos adentrar na análise desses conceitos ou teorias de forma profunda, optando em descrever e refletir sobre pontos e temas

vivididos durante um certo período da Gestão do trabalho em saúde na Sesab, espaço onde colaboramos, exercendo as funções de superintendentes e/ou diretores(as), sem a pretensão de verdade e/ou de esgotamento de temas e reflexões sobre tal experiências.

UM BREVE PERCURSO NA HISTÓRIA DA GESTÃO DO TRABALHO NA BAHIA E NO BRASIL

É do conhecimento de muitos e muitas que o termo gestão do trabalho é relativamente novo, sendo cunhado na gestão com o advento Sgtes no Ministério da Saúde (MS), tendo como lideranças pessoas como Maria Luiza Jaeger, Ricardo Ceccim, Laura Feuerwerker, Roseni Sena, Maria Helena Machado, Francisco Campos, Henrique Vitalino, Neuza Moises, dentre outros. Experiência iniciada no governo Lula e com continuidade no governo da Dilma, ambos do Partido dos Trabalhadores (PT), que tinha como finalidade responder pela gestão federal do SUS no que se refere à formulação de políticas orientadoras da formação, do desenvolvimento, da distribuição, da regulação e da gestão dos trabalhadores da saúde.

Um dos desafios enfrentados por todas as Secretarias de Saúde nos Estados e nos municípios, era a transição da concepção tecnicista, até então hegemônica sobre “Administração de recursos Humanos e capacitação ou Educação Continuada”, para a adoção de conceitos e práticas derivados do pensamento crítico sobre o mundo da educação e do trabalho em saúde, incorporando noções de Gestão do Trabalho e Educação permanente em saúde.

A Secretaria de Saúde da Bahia, historicamente, já acumulara experiência expressiva no debate sobre educação dos trabalhadores e trabalhadoras da saúde, o que colaborava para reflexões acerca das mudanças necessárias, contudo não garantia sua implementação, porque a luta pela saúde no Estado era tão desafiadora quanto em outras unidades de Federação, em função do predomínio de uma cultura política clientelista, “carlista”¹, presente em todas as áreas, inclusive na saúde.

Com o processo de institucionalização da Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, a Sesab manteve uma boa relação político e institucional com o Ministério da Saúde, incluindo, recebendo aporte financeiro e apoio político, para a realização de projetos comuns, como por exemplo, o projeto de Humanização e o MobilizaSUS, este último, projeto genuinamente baiano, que recebia apoio do Ministério da Saúde e consistia em desenvolver processos educativos e organizativos de sujeitos coletivos para defesa do SUS.

1 - Derivado de Antonio Carlos Magalhães, líder político que influenciou a política baiana por mais de 40 anos.

Nesse contexto, a Superh tratou de integrar políticas e programas elaborados por organismos internos da superintendência, como a Escola de Formação Técnica em Saúde prof. Jorge Novis (Efts), Escola Estadual de Saúde Pública Prof. Francisco Peixoto Magalhães Netto (Eesp), Diretoria de Administração de Recursos Humanos (Darh) e Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (Dgtes), exercício que em alguns casos era potente e em outros momentos, era pouco célere, tendo em vista a escolha de construções coletivas, compartilhadas e democráticas.

Na área da gestão do trabalho, em particular, o desafio era maior, porque a equipe era quantitativamente reduzida, e não havia histórico, na Sesab, de espaços de diálogos entre a gestão e os trabalhadores; a ambiência das unidades assistenciais e administrativas era precária; havia trabalhadores, sobretudo os administrativos, que recebiam remuneração com valores menores que o salário mínimo vigente; a remuneração dos servidores estatutários era composta por vencimento base de baixo valor e por inúmeras gratificações percebidas pelo local de trabalho, o que ocasionava uma disputa entre os próprios trabalhadores por vagas nas unidades que possibilitasse maior ganho pecuniário; Vivenciava-se uma estagnação na carreira, sem perspectiva de desenvolvimento funcional, dentre outras questões que mostravam-se difíceis de transposição.

Assim, muitas foram as dificuldades encontradas para a formulação da agenda de gestão do trabalho no estado. mas apesar disso, buscou-se um alinhamento e atenção especial com as Diretrizes da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (Nob-RH/SUS), considerando que esta normativa, alçada ao posto de Política Nacional de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, trazia elementos importantes para a estruturação dessas áreas no SUS. Nesse sentido, a elaboração e implantação da Política Estadual de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde do SUS - Bahia (Pegtes) configurou-se como um marco no estado, na medida em que orientava e direcionava as ações a serem desenvolvidas no campo da GTES.

Na sequência muitas iniciativas foram desencadeadas, com apoio do MS, a exemplo das Mesas de Negociação Permanente do SUS (MNP-SUS) e o debate em torno do Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS que colaborou na discussão sobre vínculos e fixação dos trabalhadores nos municípios. Além disso, houve participação nos processos de gestão da educação na saúde, conduzido pelas escolas, tendo a Dgtes colaborado no planejamento e apoio à execução de ações educativas.

Isto posto, fica mais evidente o motivo pela escolha do título deste capítulo, pois atuar na condução de uma agenda permeada por contradições, por vezes invisibilizada, fragilizada pela lógica capitalista, buscando superar o tratamento das pessoas como recursos, explorados, alienados e adoecidos, é a expressão mais objetiva de uma contra hegemonia, na medida que propõe,

em cenários tão adversos, políticas para valorização dos/as trabalhadores/as e do trabalho em saúde que produzam sentidos para a vida.

Desse modo, registrar a percepção e as narrativas de quem iniciou esse processo e daqueles que o seguem construindo, expressa a importância de revisitar o passado e perceber os caminhos, as dificuldades e os construtos, para seguir mirando um horizonte de insistência, persistência e resistência, traduzido na luta cotidiana e fecunda dos atores imersos nos serviços de atenção e gestão que consolidam o SUS enquanto uma política de estado e um direito de cidadania.

UM NOVO TEMPO NO SUS BAIANO: O PAPEL DIRETIVO DA SUPERH NA REORGANIZAÇÃO DA AGENDA DO TRABALHO EM SAÚDE

PERÍODO 2007 – 2009

O cenário político configurado no Estado da Bahia a partir de janeiro de 2007 imprimiu mudanças na cúpula governamental e consequentemente no perfil dos dirigentes a nível estadual. A Secretaria de Saúde do Estado da Bahia iniciou uma nova etapa no processo de construção do SUS, marcado pelo fortalecimento da gestão da política de saúde estadual. A equipe gestora da Secretaria da Saúde assumiu, entre outros compromissos, “a superação da precarização das relações e condições de trabalho e remuneração dos trabalhadores de saúde, com destaque para os agentes comunitários de saúde, a organização dos serviços e atuação dos profissionais de saúde (...) e a responsabilização de gestores, gerentes e profissionais para prestar o melhor cuidado possível dentro das condições limitadas em termos financeiros e operacionais” (BAHIA, 2007). Assim, a área de recursos humanos foi priorizada na agenda governamental, o que se traduziu na necessidade imediata de formulação da Política de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde.

Nessa perspectiva, ao aceitar o convite do Secretário de Saúde para assumir a Superintendência de Recursos Humanos o primeiro movimento foi sensibilizar o conjunto de gestores institucionais com relação a problemática da gestão do trabalho e da educação na saúde, processo que culminou com a realização de um movimento de ampla participação na construção de uma política de valorização dos trabalhadores. Estabeleci uma gestão colegiada envolvendo as diversas equipes no processo decisório, buscando o planejamento integrado das atividades de cada diretoria de modo a garantir a articulação entre as áreas de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. A prática colaborativa foi uma marca importante da equipe de diretores, coordenadores e técnicos da Superh. A primeira ação realizada por esse conjunto de sujeitos comprometidos com o SUS foi fazer uma análise dos problemas existentes no que tange a estrutura organizacional, funções, práticas de planejamento e avaliação dos processos de trabalho.

Procedemos, então, uma ampla análise da situação dos “recursos humanos” do SUS-BA, distinguindo os problemas relativos às características dos profissionais e trabalhadores inseridos no sistema em termos de perfil e grau de qualificação, bem como em termos das condições de trabalho a que estão sujeitos. Ao lado disso, foram identificados os problemas específicos relativos à atuação da Secretaria de Saúde sobre esse contingente de trabalhadores, tanto os problemas vinculados à Gestão do Trabalho quanto os problemas vinculados à intervenção sobre a formação e qualificação dos trabalhadores em atividade.

Dentre os problemas identificados foram priorizados quatro, os quais ingressaram na Agenda Estratégica da Secretaria em 2007-2008. Das características dos trabalhadores foi priorizada a problemática da “Precarização das relações de trabalho: vínculos e condições”, que afeta a grande maioria dos trabalhadores do SUS, inclusive em áreas estratégicas como é o caso da atenção básica e nos serviços hospitalares de urgência/emergência. No que diz respeito às ações de responsabilidade da Secretaria, destacamos a “Fragilidade nas ações, processos, sistemas e instrumentos de gestão de pessoas e do trabalho em saúde”. Priorizamos, também, a “Inadequação dos processos pedagógicos, administrativos e financeiros para a formação e desenvolvimento dos trabalhadores às necessidades do SUS-BA”, problema que reflete a necessidade de atualização permanente das equipes envolvidas com a elaboração de projetos político-pedagógicos e com a implementação de ações educativas na rede de instituições de ensino superior e médio. Finalmente, priorizamos a “Inexistência de uma Política Estadual de Gestão do Trabalho e da Educação Permanente em saúde para o SUS-BA”, problema que exigiu muitos dos nossos esforços, na medida em que envolveu muitos setores da Secretaria, diretamente responsáveis pela gestão da atenção à saúde, em seus vários níveis, além de envolver instâncias representativas dos diversos atores da política estadual, notadamente os município, através do Cosems e as Universidades que operam no Estado, além de articulações intersetoriais com Secretarias do Estado e município e outros órgãos.

Nessa construção vários processos foram desencadeados gerando aprendizado institucional, fazendo-me mergulhar na compreensão da própria Secretaria Estadual de Saúde, organização hipercomplexa (TESTA, 2002) permeada de contradições e relações de poder.

O mapeamento dos problemas relacionados ao campo da gestão do trabalho e de educação permanente permitiu identificar as seguintes necessidades: realização de processos formativos articulados com os programas de atenção à saúde; articulação com instituições de ensino técnico e superior em saúde; processos de educação em saúde articulados ao projeto político do SUS e adequados às suas necessidades. No âmbito da gestão do trabalho necessidades relacionadas à implantação de um

Plano de Carreiras; Infraestrutura administrativa, operacional e logística para o trabalho; conhecimento do perfil da força de trabalho; desprecarização das relações e dos vínculos e melhores condições de trabalho; revisão dos processos de concessões de gratificações, direitos e vantagens, foram consideradas como os grandes desafios a serem priorizados. Outro aspecto importante foi o esforço realizado pela equipe da Superintendência de Recursos Humanos da Saúde (Superh) para imprimir estratégias de modernização ampliando a participação dos trabalhadores no processo decisório no momento em que todo o debate em torno da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde evidenciava a importância de ampliar o nível de participação e de autonomia (BAHIA, 2007).

A primeira versão da política foi formulada e divulgada em 2008 e revista a partir de 2009. Os movimentos no sentido de desencadear o processo de formulação e implementação das ações que priorizavam a inclusão dos trabalhadores nos processos de decisão, tornando-os atores e sujeitos de suas práticas; no investimento em estratégias voltadas a desprecarização dos processos de trabalho, investindo em ferramentas que potencializam sua dimensão ético-política, “por meio da implementação de ações estratégicas e transversais, relacionadas ao fortalecimento da cidadania, à mudança e humanização de práticas e processos de trabalho. Portanto, o trabalhador passa a ser compreendido como sujeito histórico considerando suas dimensões políticas, culturais e sociais, expressas nas relações que estabelecem no cotidiano de vida e trabalho; valorização e geração de ambiência favorável à motivação, comprometimento e desempenho das pessoas; e democratização das relações de trabalho promovendo uma gestão participativa e solidária” (BAHIA, 2012).

A Superh, portanto, enfrentou um complexo desafio: mudar o sistema de gestão ao mesmo tempo investir no desenvolvimento dos seus trabalhadores, rompendo obstáculos entre diretorias e coordenações e incentivando a adoção de tecnologias de gestão integrada e participativa. Estava claro, entretanto, que para o trabalhador se sentir protagonista de um processo de mudança seria necessário mobilizar, envolvê-los no processo de tomada de decisões. Desse modo, e consciente que a variável participação é fundamental para a construção de um novo modelo de gestão, era imperativo criar espaços que permitissem aos trabalhadores contribuir para a construção de uma nova realidade organizacional. Foram criados os Colegiados gestores de Superintendentes, coordenado pelo Secretário de saúde e os respectivos Colegiados de cada Superintendência e respectivas Diretorias.

Nessa perspectiva investiu-se na gestão participativa ampliando o debate e envolvimento do corpo funcional para a democratização das relações de trabalho e eficácia administrativa foi instituído, ainda em 2007, o Colegiado de Gestão da Superh, com vistas não só discutir e decidir sobre o planejamento, acompanhamento e avaliação das diretrizes

estratégicas e dos planos de ação desenvolvidos na superintendência, de forma participativa e transparente, como também levar os trabalhadores a buscar inovações e melhorias, e, sobretudo, instituir o espaço de apresentação de projetos e propostas, com liberdade e autonomia (BAHIA, 2008).

Merece destaque o processo de revisão e formulação das competências da Superh que ocorreu de forma participativa, envolvendo no processo não só os gestores, como também assessores e técnicos da referida superintendência. Como consequência, o processo de formulação do novo regimento criou oportunidades de pensar e planejar o processo de trabalho e as relações técnicas e sociais nele envolvidas, como um espaço significativo de aprendizagem e acúmulo institucional, além de equilibrar essas atividades em um todo harmônico, sem perder de vista que o processo organizacional e sistêmico (BAHIA, 2008).

O trabalho de elaboração estendeu-se por todo o ano de 2007 e muitas foram às versões construídas e posteriormente revistas, de modo a alinhar as expectativas e necessidades da Superh às definições do Sistema Estadual de Administração, sob a responsabilidade da Secretaria da Administração do Estado da Bahia – Saeb, que na condição de órgão sistêmico, tem entre as suas atribuições a proposição e institucionalização da política estadual de recursos humanos.

As principais competências dessa Superintendência, através da atuação integrada de suas diretorias, estão voltadas para planejar, elaborar estudos, propor, executar, coordenar, acompanhar, avaliar, cooperar, apoiar e executar as políticas de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, em consonâncias com as demais Superintendências e suas respectivas Redes Assistenciais, da Sesab (BAHIA, 2008).

Muitos processos foram desencadeados a partir de 2007 pela Superh com o protagonismo das equipes inseridas nas diretorias e merecem ser destacados. A **Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (Dgtes)**, que tem por objetivo promover a implementação da Política de gestão do Trabalho e Educação na Saúde e coordenar os processos de gestão do trabalho, buscando prioritariamente qualificar a atenção e a gestão em saúde do SUS/BA, na perspectiva da Participação Social e da Humanização da atenção à saúde; a **Diretoria de Administração de Recursos Humanos da Saúde (Darh)**, que gerencia as atividades de administração de pessoal e do banco de dados de RH e responde pela formulação e implantação das políticas de gestão de Recursos Humanos, procedemos a revisão das gratificações, iniciamos o processo de informatização do setor, além do investimento na organização do sistema de acompanhamento dos processos relativos a vida funcional.

No tange a atuação das **Escolas de Formação Técnica em Saúde Professor Jorge Novis (Efts) Escola Estadual de Saúde Pública Professor Francisco Peixoto de Magalhães Netto (Eesp)**, responsáveis pela qualificação de profissionais de saúde de nível superior e técnico, cabe destacar como marcos do período 2007-2009: construção da Rede de Integração Ensino-Serviço, envolvendo as Instituições Formadoras, a Secretaria Estadual de Saúde e os Municípios; ampliação dos cursos de formação técnica; autorização obtida pela Eesp para certificação dos cursos;

Cabe salientar que duas escolas de saúde, em março de 2018, foram integradas com o objetivo de articular as ações de todos os níveis de formação em saúde: médio, graduação, pós-graduação, incluindo residências médicas, multiprofissionais e de área profissional. A nova Escola de Saúde Pública Prof. Jorge Novis (Espba) busca promover a capilarização das ações da saúde, contribuindo com os processos de regionalização e interiorização dos serviços de saúde e educação em saúde.

Em síntese, os marcos que caracterizaram o processo de estruturação, implantação e implementação da Superh e da Política de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, na Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (Sesab), a partir do ano de 2007, destacando as políticas estratégicas e indutoras para a qualificação da gestão do trabalho que foram implementadas foram os seguintes: instalação da Mesa Estadual de Negociação Permanente da Saúde (Menp), composta por representações da Gestão (Sesab e Saeb) e representação dos trabalhadores, através de suas entidades representativas, (Sindsaude, Sindimed e Fetrab) , formulação e implementação do Plano de Cargos Carreiras e Vencimentos (PCCV/Sesab), Estudo para o dimensionamento da força de trabalho para o SUS-BA, investimento no processo de planejar monitorar e avaliar os trabalhadores da saúde, diminuindo as desigualdades e investindo nas necessidades. Além disso, cabe destacar programas como o Mobiliza-SUS, Humaniza-SUS e Permanecer-SUS, ações transversais para o fortalecimento do controle social, a humanização de práticas e processos de trabalho, com valorização do trabalhador da saúde e da gestão participativa, especialmente através das mesas de negociação. O desenvolvimento dessas ações conduziu ao fortalecimento de processos educativos e organizacionais que buscavam articular o planejamento participativo, a comunicação, a prática colaborativa e a avaliação, envolvendo profissionais e trabalhadores/as de saúde dos municípios, gestores e conselheiros municipais de saúde.

ISABELA CARDOSO M. PINTO

PERÍODO 2009 – 2013

As portas democráticas, no setor saúde, abriram-se em 1988, com a institucionalização do Sistema Único de Saúde-SUS. Portas abertas, diretrizes definidas e regulamentadas fomos à luta. Precisamente, em abril de 2009 assumimos a Superintendência de Recursos Humanos (Superh) da Sesab, onde atuamos até agosto de 2013, portanto, como superintendente foram quatros anos e quatro meses. Experiência única para a continuidade de uma carreira, como trabalhadora pública, iniciada como “subcoordenadora” e “supervisora” do Cendruhu, na década de 80.

As experiências vivenciadas como superintendente, foram caracterizadas especialmente pelas proposições ideológicas de um governo pautado nos princípios do Sistema único de saúde, cujas diretrizes inseriam a gestão colegiada, humanização da assistência e das relações entre diferentes atores no cenário da assistência, participação e educação na saúde, valorização do trabalho e do trabalhador, democratização; portanto, os itinerários norteadores para a consolidação das práticas, atitudes e compromisso político- ideológico-pedagógicos foram fundamentais para a gestão do trabalho, a partir da educação e valorização dos trabalhadores e trabalhadoras da saúde.

Inicialmente, a perplexidade diante dos desafios e dos obstáculos acumulados pela história, parte dela marcada pelo autoritarismo hegemônico, cristalizado no interior das instituições públicas. Romper com as amarras ditadas pelo comando exclusivo dos que detêm o poder e romper com a dura rigidez dos “processos institucionalizados”, enraizados no “aparelho” institucional, com certeza foi e ainda poder-se-ia dizer que são resquícios do autoritarismo do passado, ainda constituindo-se o grande desafio no presente. O cenário encontrado à época já sinalizava mudanças perceptíveis na Superintendência de Recursos Humanos (Superh) em fase reestruturação realizada nos dois anos que antecederam nossa inserção; propostas, projetos e espaços de mudanças, cujo feito percebido nos olhares, condutas e proposição da equipe que ali encontramos; vastas e ampliadas propostas e projetos, realizados pela superintendente antecessora.

....” cujos desafios sinalizavam para a existência de um sistema gerencial anacrônico, descolados dos movimentos de modernização que poderiam ampliar a participação dos trabalhadores nos processos decisórios. Manutenção de práticas de gestão de pessoas defasadas, justamente quando o debate em torno da gestão do trabalho na saúde evidenciava a importância de ampliar o nível de participação e autonomia” (BAHIA, 2007).

Na efervescência gerada pelos propósitos de mudanças, o nosso retorno foi marcado por um encontro de emoções, vontades, sonhos e superação de marcas vivenciadas no passado. Na condição de quem retorna a “casa antiga”, cenário de lutas, após as vivências nas Universidades (Católica de Salvador e Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia) como docente, Professora de Saúde Coletiva, os desejos por espaços e oportunidades, para uma atuação sem amarras, traduziram-se em forças para o labor diário e comprometido com as mudanças na Sesab. Trabalho complexo, exigente e urgente; as ideias defendidas nos atos pedagógicos inserido nos contextos do cotidiano das salas de aulas, ensinando e aprendendo na universidade, através dos diálogos críticos, analíticos e propositivos para acadêmicos de Enfermagem, nos deram a régua e o compasso para seguir adiante com muita coragem, compromisso e dedicação.

Muitos foram os avanços decorrentes de uma gestão participativa, como a proposta pelo governo do Secretário Jorge Solla, capitaneado pelo Governador Jacques Wagner. A seguir apontaremos alguns desses avanços construídos no período da gestão 2009-2013 na área de gestão do trabalho e educação na saúde do SUS estadual:

Redefinição, conjunta, das prioridades, a partir das diretrizes do Planejamento participativo da Sesab: Pauta originária da ausculta aos trabalhadores, em amplos debates especialmente nas Conferências de Saúde, nos diversos níveis: local, municipal estadual e nacional e, especialmente, aos Colegiados de Superintendentes, colegiados de Diretores, com permanente participação do Secretário de Saúde, cujas reuniões ocorriam semanalmente. As Conferências a cada quatro anos com atenção, priorizando as práticas pautadas nos processos educativos, pedagógicos, articulações interdisciplinares, multiprofissionais, originárias dos colegiados, da participação popular através dos Conselhos de Saúde e Conferências - controle social e participação das entidades sindicais, caberiam destacar, em síntese, as ações a seguir:

Humanização das relações entre os trabalhadores Concursados: Consolidação das etapas finais do Concurso Público (nomeações, posse dos concursados, debates e reuniões de acolhimento no ato das posses, nas unidades de trabalho dos profissionais aprovados no concurso, com as presenças de dirigentes locais e gestores, trabalhadores das unidades (especialmente nos grandes Hospitais Públicos da Bahia) com a presença do Secretário de Saúde, Prof. Dr. Jorge Solla, Superintendentes e Diretores.

Planejamento Participativo: As competências do colegiado da Superintendência de Recursos Humanos (Superh) da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Sesab) foram rediscutidas e redefinidas, à luz do planejamento participativo, ações reformuladas para as atividades prioritárias, mantendo-se nos cargos os diretores, por definições colegiadas e perfil de dirigentes, centrados na lógica de experiências e saberes

acumulados para tais funções, daí a decisão de manter os diretores das duas Escolas, da Diretoria de Recursos Humanos (Darh) e da Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (Dgtes).

Mesas de Negociações: Destacamos a formulação do chamamento dirigidos às entidades de classe do setor saúde, visando à organização e operacionalização da “Mesa Estadual de Negociação Permanente do SUS - BA” composta em conjunto com a Secretaria de Saúde do estado da Bahia (Sesab), Secretaria de Administração (Saeb) e entidades sindicais representativas dos Profissionais de saúde. Esta iniciativa propunha seguir o êxito alcançado decorrente da implantação do Sistema Estadual Negociação Coletiva e da Mesa Setorial de Negociação Permanente (2007), que contava com a participação, além dos gestores estaduais, do Sindsaúde, Sindimed e Fetrab.

Plano de Cargos Carreiras e Vencimentos: Os resultados desse trabalho histórico e diferenciado resultou em avanços significativos para os trabalhadores de saúde do SUS-BA, no que se referem aos avanços da política de pessoal, destacando-se: elaboração do Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos (PCCV), sistema de avaliação de Desempenho, definição e revisão da Gratificação e avaliação de desempenho (Gid), definindo como objetivos: valorização dos trabalhadores; adoção de critérios de avaliação; ações para o desenvolvimento profissional dos trabalhadores, com posterior elaboração do PCCV, implantado a partir de 2009; desenvolvimento uma cultura de gestão orientada por metas; contribuindo para a eficiência na Administração Pública; avaliando as metas individuais e as institucionais: adoção de avaliações de desempenho individuais e institucionais (INFOSAÚDE, 2011 e 2012).

A Recomposição e redimensionamento da força de trabalho: Coordenada pela Dgtes, se deu mediante estudos, debates e pesquisas visando à redefinição das equipes locais, contando com os parâmetros adotados por entidades representativas dos trabalhadores, parâmetros internacionais, nacionais e publicações diversas dos Conselhos de Classe. Coordenando essa atividade, a busca se deu para redefinir os parâmetros para a composição das equipes de saúde, atendendo às especificidades de cada unidade. A ausência de experiências publicadas, nesse campo, atreladas as dificuldades de dados quando a lotação dos profissionais ficou evidente: a movimentação dos trabalhadores de saúde, sem as regras do próprio dimensionamento, poderia constituir-se à época com um fator limitante do estudo e da própria definição dos parâmetros. A movimentação e absorção do trabalhador, nos serviços públicos, historicamente, se dava pelos métodos anárquicos, desordenados e mediante indicações, apadrinhamentos, resultando em unidades superlotadas e outras com “déficits de pessoal” beirando ao colapso. Esse problema, nó crítico de grande relevância, foi avaliado, em trabalhos conjuntos com a Corregedoria da Saeb, contando com as articulações e atividades conjuntas para tomada de decisões, quanto a convocação e nomeação dos trabalhadores concursados. Nesse perío-

do relatos dos trabalhadores apontam avanços nos Serviços de Saúde quanto à satisfação, desempenho nos novos postos de trabalho, criados pelo concurso público. Os resultados desse verdadeiro movimento transformador na Sesab/Superh/Dgtes, foram determinados, a partir da realização do Concurso Público, medida das mais impactantes para romper com a precarização dos vínculos e clientelismo ainda persistentes (SOLLA, 2014, p59).

Projeto de digitalização documental: Foram digitalizados os processos contendo o Histórico da vida funcional de cada trabalhador da Sesab. Naquele momento, eram cerca 30.000 trabalhadores, lotados nas diversas Unidades da Rede Pública, atividade coordenada pela Darh com apoio da Dgtes.

Portanto, foi necessário amplo investimento nos processos de capacitação pedagógica, atrelados aos estímulos de cursos de Especializações e Mestrados Profissionais, para os trabalhadores do Superh, em articulação com as Universidades Públicas, cabendo destacar o importante papel do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Em relação ao campo da educação na saúde, um desafio nos chama a atenção, o de efetivar processos de gestão articulados e em sintonia, com e para o fortalecimento das escolas do SUS: a Efts e a Eesp. Em relação às escolas do SUS poderia discorrer como e porque foi difícil convencer os dirigentes da Sesab, na década de 80, que seria necessário instituir uma escola técnica em saúde para os trabalhadores do SUS, até então não profissionalizados e sem escolaridade mínima. Foi o obstáculo mais difícil que encontramos, mesmo depois da presença da enfermeira Isabel dos Santos na Sesab, Pioneira na luta pela educação profissional em saúde, e representantes do ministério da saúde, sendo a mesma consultora da Opas/Projeto Larga Escala. Na Bahia, o projeto da escola já estava pronto, objetivos, estratégias, proposta para descentralização dos cursos, mas ainda percorremos um longo caminho até sua implantação.

Hoje sabemos da unificação das duas escolas. Aplaudimos. Entretanto, continuo defendendo também a presença e maior envolvimento da Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde - Dgtes, nas escolas, repensando a gestão da educação com metodologias apropriadas ao desenvolvimento dos saberes e técnicas de gestão, algumas já estabelecidas e em desenvolvimento pelo natural competência e essência da Dgtes. Defendemos o papel importante da Dgtes no campo da gestão de processos educativos para os profissionais de Saúde, em todos os níveis. Obrigada a todos os companheiros e as companheiras da Sesab. Vocês sim, fizeram e fazem a diferença.

TELMA DANTAS

PERÍODO 2019 – ATUAL

Atuar na área de recursos humanos significa muito mais que análise de pedidos de aposentadoria, movimentações de servidores ou administração da folha pagamento. O planejamento inclui trazer à baila questões estratégicas como: a qualificação das trabalhadoras e trabalhadores e os programas de proteção à sua saúde, oportunizando o fortalecimento das competências para as políticas de educação na saúde, aproximando as atividades de gestão e de educação, dando também atenção especial a um processo de modernização necessária aos sistemas que organizam essas questões, para tornar ágil, eficiente e transparente as ações realizadas.

Ao receber o convite para exercer o tão importante cargo de Superintendente de Recursos Humanos da Sesab, já imaginava o enorme desafio dado ao tamanho e as peculiaridades da pasta, cujo quadro de pessoal é superior a 15 mil servidores. Foi nesse contexto que, em 2019, assumimos a Superh com o objetivo de revisitar os paradigmas de recursos humanos para adequá-los ao perfil de gestão pública moderna, idealizado pela administração atual.

Nesse sentido, buscamos adotar duas frentes de trabalho, uma de aspecto estrutural: com a composição, reordenação dos setores e distribuição da força de trabalho e outra, de aspecto gerencial: com a implantação de rotinas, gestão de processos, organização, padronização e controle de documentos institucionais. É oportuno lembrar que a área de recursos humanos é uma atividade-meio na Sesab, embora com ações voltadas aos seus trabalhadores, o maior papel da Superh é de prestar apoio aos demais setores, seja normatizando, orientando, acolhendo ou capacitando às equipes que lidam com toda a dinâmica da estrutura administrativa da saúde.

Um dos objetivos era a melhoria das condições de operacionalização das atividades da Diretoria de Administração dos Recursos Humanos – Darh, passando por uma organização da sua rede de serviços, tais como o aprimoramento no atendimento ao funcionário público, elaboração de fluxos e procedimentos processuais, visando dar maior celeridade e segurança na análise dos processos, como por exemplo: o passivo de aproximadamente 02 (dois) mil processos de aposentadoria que estavam aguardando tramitação e foram concluídos em 12 (doze) meses.

Cabe pontuar a implantação do novo sistema de gestão (RH Bahia) o qual substituiu o Sistema Integrado de Recursos Humanos – (SIRH) utilizado desde 1994 impôs aos gestores de RH, mudanças consideráveis nas suas rotinas de trabalho, advindo logo no início da atual gestão, ao passo que o novo sistema SAP instituiu maior eficiência na condução da gestão processual.

Em março de 2020, após a Organização Mundial da Saúde (OMS) classificar a doença pela Covid-19 como uma pandemia, as rotinas preestabelecidas foram alteradas, o foco voltou-se ao enfrentamento ao coronavírus – Sars-Cov-2 e a minimização dos danos causados à população e aos servidores do Estado. Nessa linha, coube a esta Superintendência adotar medidas urgentes para fortalecer as equipes, adotar fluxos e ações de atenção à dos trabalhadores no enfrentamento da Covid-19, visando contribuir com o cuidado e acolhimento aos nossos profissionais da saúde, além de disseminar orientações para adoção de medidas individuais de prevenção e proteção dos trabalhadores e ambientes institucionais.

É incontestável a singularidade do período acima e a importância da aplicação de medidas oportunas de gestão do trabalho para reduzir as incertezas e tensões advindas do momento pandêmico vivido. Nesse foco, então, voltou-se a gestão da atenção plena da saúde desses profissionais que bravamente assumiram o papel de protagonista no combate à pandemia.

Outrossim, foram realizadas inúmeras ações voltadas para o enfrentamento da pandemia ocasionada pelo novo Coronavírus (Covid-19), nos 03 (três) eixos principais desta Superintendência: Gestão do Trabalho, Educação na Saúde e Recursos Humanos, destacando, em síntese, as ações a seguir:

- 1. Implantação do Centro de Testagem Covid-19 para trabalhadores da saúde, localizado na Capital e com atendimento voltado para os trabalhadores da Sesab deste município e região metropolitana, durante os 07 (sete) dias da semana, com atendimento por hora marcada, na modalidade de consultório e/ou drive-thru, no instante em que, nos meses de pico da pandemia, o volume de exames realizados ultrapassou 8.000 (oito mil) atendimentos;*
- 2. Implantação do Centro de Acolhimento Psicológico Emergencial para trabalhadores da saúde;*
- 3. Apoio ao Projeto Telecoronavírus – 155, em parceria com a Fio-cruz, com a participação de cerca 1.200 (mil e duzentos) estudantes de medicina, atuando de forma voluntária, por atendimento remoto, por meio do contato telefônico 155, resultando no atendimento de mais de 55 mil usuários;*
- 4. Mutirão de Aposentadoria, uma medida de (re)organização dos serviços e processos de trabalho, com vistas a contribuir com estratégias de valorização dos profissionais da saúde, com vínculo efetivo, sendo institucionalizada uma força tarefa para agilizar a análise e a concessão dos requerimentos de aposentadorias dos*

servidores com processos já encaminhados e/ou daqueles que preenchiam os requisitos mínimos necessários - idade e/ou tempo de serviço - conforme a Lei, e que desejavam dar entrada em sua solicitação, resultando na publicação de mais de 400 (quatrocentas) aposentadorias em 60 (sessenta) dias, cujo quantitativo foi 04 (quatro) vezes maior que a média mensal regular;

5. Plantão Covid – desde o reconhecimento do estado de calamidade pública instituído pelo Decreto nº 19.626 de 09 de abril de 2020, iniciou-se o pagamento de uma contrapartida financeira aos servidores da Sesab, que fora de seu horário normal de expediente, exercem funções para garantir a manutenção contínua e ampliação da assistência dos serviços prestados no enfrentamento da pandemia do Covid-19, em especial pelas unidades da ponta. Deste modo, o valor investido até o junho/2021 foi de R\$ 5.332.904,58 (cinco milhões e trezentos e trinta e dois mil e novecentos e quatro reais e cinquenta noventa e oito centavos).

Em uma conjuntura tão desafiadora, com situações adversas e muitas vezes imprevisíveis, estar à frente da Superh é uma oportunidade singular, pois, literalmente, o bem mais precioso da Sesab são os seus trabalhadores. Compartilhar dessa experiência é um grande combustível para continuar caminhando com o foco na solidificação da gestão do trabalho. Mais do que nunca, é importante destacar que a humanização dos fluxos de trabalho se fazem imprescindíveis, os resultados sempre são mais que números, são pessoas.

JANAÍNA PERALTA

CONSTRUINDO A CONTRA-HEGEMONIA DA GESTÃO E HUMANIZAÇÃO DO TRABALHO NO SUS BAHIA: A DGTES ENQUANTO PROTAGONISTA

PERÍODO 2006 – 2007

Acreditamos que o tema tratado neste capítulo, assim com a história narrada sobre a construção desse espaço contribuirá para reafirmar as nossas crenças quanto ao entendimento do significado dos trabalhadores como protagonistas privilegiados para implementação do projeto do SUS como uma política de construção da democracia, que visa o fortalecimento e ampliação da esfera pública e a redução das desigualdades.

Vimos trabalhando, durante toda a nossa trajetória como militante da área de recursos humanos nas várias situações que tivemos oportunidade de atuar, buscávamos corresponder às demandas relacionadas aos trabalhadores ativos que possuíam vínculo permanente, contratos temporários, cargos comissionados, e aqueles em processo de aposentadoria e ingressantes na Instituição, naquele momento éramos em torno de 33.000 trabalhadores. O objetivo a época era garantir-lhes os direitos relacionados à sua vida funcional que lhes são assegurados pela Legislação, usando também as ferramentas disponíveis para que seus deveres fossem cumpridos.

Como gestora busquei me reinventar no cotidiano, obedecendo a Legislação específica, trabalhando com rotinas operacionais sistêmicas que circulavam na maioria das vezes intra e inter diretoria, sem, contudo, negligenciar os seus trabalhadores, cuidando deles, considerados como principal patrimônio do Estado, reconhecendo o seu aspecto estratégico e decisivo por serem as âncoras do processo para implementação de políticas públicas e de um novo paradigma, orientado para o cidadão.

Neste contexto, surge a Dgtes, uma diretoria que inicialmente tinha o objetivo de realizar o planejamento da área de recursos humanos colaborando para organização das demandas e ações estratégicas da Superh. Para tanto, a hoje Dgtes, tinha sido denominada Diretoria de Planejamento da Gestão da Educação e do Trabalho na Saúde (Dpget). Essa função na prática não se efetivou, inúmeras foram as dificuldades, quer seja por parte da alta gestão que não credenciava a diretoria essa função, quer seja por esta se configurar como uma pauta “nova”, haja vista que a diretoria surge no esteio de conformação da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (Sgtes) do Ministério da Saúde, que estava em processo de organização de suas pautas, temas e agendas.

Naquele momento, a Dpget contava com uma equipe com experiência em processos relacionados ao controle e participação social que, ao receber as demandas oriundas do campo em questão, inicialmente, teve

certa dificuldade na operacionalização de suas ações. Ainda mais, a gestão do executivo estadual, historicamente, não possuía alinhamento com as políticas propostas pelo governo federal, e não demonstrava disponibilidade para investir nas pautas relacionadas aos trabalhadores e ao trabalho no SUS da Bahia.

A nossa perspectiva era que a Gestão do Trabalho em saúde tratasse das relações de trabalho a partir de uma concepção na qual a participação do trabalhador fosse fundamental para a efetividade e eficiência do SUS. Dessa forma, nos mobilizamos para que o mesmo fosse percebido como sujeito e agente transformador do seu ambiente e não apenas concebido como um recurso humano realizador de tarefas previamente estabelecidas pela administração local.

No meu entendimento, o trabalho deve ser visto como um processo de trocas, de criatividade, coparticipação e corresponsabilização, de enriquecimento e comprometimento mútuos, pressupondo a garantia de requisitos básicos para a valorização do trabalhador de saúde e do seu trabalho, tais como: Plano de Carreiras, Cargos e Vencimentos, vínculos de trabalho com proteção social, espaços de discussão e negociação das relações de trabalho em saúde, com mesas de negociação permanente e comissões locais de negociação de condições de trabalho, capacitação e Educação Permanente dos trabalhadores, condições de trabalho adequados, favorecendo para que estes sintam-se cada vez mais comprometidos e contribuam para um SUS cada vez mais efetivo, resolutivo e humanizado.

Urgia, portanto, a incorporação de profissionais ao quadro de trabalhadores, com o perfil adequado, considerando que um grande quantitativo já se encontra em vias de aposentação evitando que se afastem sem a transmissão do conhecimento e experiência; esta demanda era mais expressiva no que se refere a auxiliares administrativos que trabalhavam com aposentadoria e licenças, devendo, no entanto contratar outras categorias de nível universitário como administradores, advogados, comunicólogos, tecnólogos da informação, dentre outros.

Apesar da compreensão da equipe e do momento favorável no âmbito federal, o estado da Bahia, andava na contramão desse processo progressista no campo do trabalho, o que inviabilizou a execução plena das ações propostas. Com a mudança da gestão em 2007 e a assunção do governador Jacques Wagner e do Secretário Jorge Solla, houve um sopro de esperança na direção da efetivação plena deste campo, movimento que não pude acompanhar de perto, tendo em vista a minha substituição na função de diretora da Dgtes e meu deslocamento para outra área da Superh. Destarte essa situação, segui militando em prol das pautas relacionadas à área de RH, por acreditar que o SUS se efetiva a partir do trabalho humano e por compreender que o meu lugar de fala, sempre se posicionou no campo progressista, dialético e democrático.

PERÍODO 2007 – 2010

Ao assumir a Diretoria de Planejamento da Gestão da Educação e do Trabalho na Saúde (Dpget), em 2007, me deparei com um importante desafio que foi o de implementar estratégias para valorização dos trabalhadores que pudessem reverberar sobre a garantia do direito à saúde. Neste primeiro momento da gestão, algumas questões me mobilizaram, pois a continuidade das mesmas certamente impactaria no desenvolvimento das ações propostas pela gestão naquele momento. Qualificar a equipe de trabalho existente; incorporar novos atores com formação específica em saúde pública e saúde coletiva, em especial os residentes do instituto de saúde coletiva (Isc/Ufba), que pela excelência na formação, qualificava sujeitos capazes de planejar, monitorar e avaliar políticas públicas; identificar pautas estruturantes que coadunassem com as demandas e necessidades do SUS no estado, dentre elas, talvez, a pauta que demandava maior atenção era a gestão do trabalho na saúde.

O cenário político institucional era favorável, sobretudo pela autonomia dispensada pelo gestor da secretaria da saúde da época, Jorge Solla, à diretoria. A Sesab vivenciava um momento ímpar na implantação e implementação de políticas e ações, pois objetivava, além de romper com o modelo de gestão anterior, centrado nas pessoas e não no coletivo, tinha como horizonte a democratização das relações de trabalho. Soma-se a esse cenário o compromisso e disponibilidade da equipe em inaugurar e operar novas frentes de trabalho, bem como a conjuntura do Ministério da Saúde que confluía para fortalecimento da gestão do trabalho e consolidação da educação na saúde no país.

As pautas encampadas pela Dgtes visavam assegurar o direito à saúde dos usuários do SUS e para tanto a diretoria buscou instituir ações voltadas para humanização da gestão e da atenção à saúde, para o controle e participação social, para a formação em serviço dos trabalhadores da saúde, considerando o disposto na política de educação permanente em saúde, e para a implantação de estratégias para gestão do trabalho, que de forma inédita se estruturava na secretaria.

*Neste sentido, a diretoria se organizou em três coletivos, sendo: um, dedicado à implantação da Política Nacional de Humanização (PNH), através do **HumanizaSUS** e do Programa **PermanecerSUS**; um segundo, visando o fortalecimento do controle e da participação social, por meio do Projeto **MobilizaSUS** e um terceiro, voltado para a organização da pauta da Gestão do Trabalho na saúde. Este último, se efetiva por meio da Sistema Estadual de Negociação Permanente (Senp), estratégia preambular para a instituição da Mesa Estadual de Negociação Permanente do SUS da qual originou o Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos da Sesab.*

Esse período se constituiu como fértil para institucionalização dessas políticas no âmbito do SUS estadual, o que levou a Dgtes a buscar a capilarização das políticas no território, por entender que a fomentação dessas políticas não ocorre apenas nos gabinetes da secretaria, mas por aproximação in loco com os gestores municipais, atores do controle social e instituições parceiras afins.

*O **MobilizaSUS** de fato fez jus ao nome, mobilizando os territórios de identidade e regiões de saúde do estado, qualificando o controle social, com processo formativos, seminários, vivências que possibilitaram a incorporação para a gestão estadual dos conceitos e conteúdos da educação popular em saúde.*

*O programa **PermanecerSUS**, apesar de muito criticado, pois era impensável alocar estudantes nas portas de entrada das unidades hospitalares da Sesab para que estes pudessem acolher os usuários/a do SUS, provocou uma revolução no modo de perceber a política de humanização enquanto uma prática de saúde. O impacto dessa experiência acarretou profundas transformações no percurso formativo dos estudantes, trabalhadores dos serviços e nos gestores da Sesab.*

*O **HumanizaSUS** por sua vez, propôs a instituição de espaços de cogestão para que trabalhadores e gestores dialogassem sobre o mundo do trabalho em saúde, reverberando na mudança do modo de fazer gestão, conforme os princípios orientadores da PNH, incorporando termos e provocando mudanças atitudinais a partir do estabelecimento do diálogo, respeito as diferenças, escuta qualificada e acolhimento.*

Sobre a Gestão do Trabalho, fica evidente a condução da pauta pela Dgtes a partir de dois trabalhadores de referência, a quem provoqueei que se apropriassem do campo e deleguei a construção das políticas e ações que estruturavam esta pauta, gerando um rico espaço de aprendizados. Desenvolvemos também algumas ações que compuseram o Programa de valorização dos trabalhadores, como o Curso de Formação em Informática, haja vista que muitos profissionais tinham dificuldade no uso de computadores; a implantação de ações de qualidade de vida no trabalho, com o desenvolvimento da ginástica laboral; o estímulo aos trabalhadores com talentos artísticos, com a implantação do coral da Sesab e da Feira de talentos artesanais; além da celebração das datas comemorativas.

A liberdade de pensar e o agir comunicativo, com compartilhamento de responsabilidades foi à tônica da gestão neste período. Lembro-me de um episódio onde questionávamos como capacitar as pessoas sobre algo que elas não têm compreensão e entendimento, sobretudo os usuários da saúde, pois tínhamos clareza da importância de o usuário ter conheci-

mento sobre seus direitos. Ao inquirir o secretário, o mesmo afirmou que deveríamos fazer aquilo que fosse o correto e o coerente com nossa luta histórica afirmando o SUS enquanto um direito inalienável. Isto nos mobilizava: a crença que podíamos materializar o direito à saúde por meio das ações que implantamos. Decerto esse seja o lugar da utopia, mas o que seria do mundo sem os sonhadores? Esse era o lugar que queríamos chegar! Encontramos muitas pedras no caminho, mas elas nos ajudaram a refletir sobre a função dos obstáculos, pois estes podem ser pontos de chegada ou de partida. Partimos, pois a gestão exige comprometimento e renúncia. O que me faz ter a certeza que tudo valeu a pena, se expressa nesta publicação, pois ela é fruto daqueles que um dia removeram a primeira pedra que encontraram no caminho.

MARIA CAPUTO

PERÍODO 2011 – 2013

A experiência como diretor da Gestão do Trabalho na SES-BA foi algo transformador naquilo que concerne ao existir como pessoa, mas também naquilo que se referia aos diálogos e construto coletivo, muito especialmente pelo fato de trabalhar com o Professor Jorge Solla, foi a possibilidade de poder vivenciar uma gestão e também um lugar de aprender. E além do mais, o diálogo e o exercício da intersetorialidade era fundamental para operacionalizarmos a política de gestão do trabalho, de forma humanizada e com participação popular.

Inicialmente, eu que era, antes, apenas um cidadão pernambucano que transitava pelo Brasil, com temas ligados a educação em saúde e tinha sido gestor da SMS Recife, Paudalho, São Caetano e São Joaquim do Monte (PE) e na Ses-PE, fui convidado a colaborar com a Sesab na função de assessor para o Projeto MobilizaSUS na Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde - Dgtes-Ses-BA, na gestão de Jorge Solla (Secretário Estadual de Saúde), Telma Dantas (Superintendente de Recursos Humanos) e Maria Caputo (Diretora da Dgtes), ficando nessa função por alguns meses. Em dado momento, Maria Caputo passa em concurso para docente na Ufba, e assume temporariamente a direção da Dgtes, a Rosângela Katayose. E logo em seguida, eu sou convidado a assumir a direção da Dgtes.

Uma das iniciativas mais interessantes da nossa gestão (e também da gestão como um todo), foi a tentativa do exercício da democracia. No caso da Dgtes, instalamos a Reuniões Ampliadas de Gestão. Essas reuniões tinham como principal característica, a análise de situação, a pro-

posição de alternativas e a distribuição de atividades. E mais do que isso, era uma possibilidade concreta de desenvolvimento de processos de formação de trabalhadores e gestores no campo da gestão do trabalho.

O sustentáculo deste modelo de gestão tinha como base, não necessariamente, o consenso entre todos os trabalhadores, a educação popular e o pensamento de Paulo Freire, muito particularmente, alguns de seus princípios, como o diálogo, a construção coletiva, a participação das pessoas, a criticidade e a historicidade. Praticar esses dois últimos princípios, talvez tenha sido o mais exigente e desafiador para todos e todas, incluindo, a pessoa que vos escreve. Mas também permeava no modelo de gestão, o ideário e prática de gestão participativa e da gestão do trabalho humanizado, que muitas vezes nos pegávamos em contradições, já que a diretoria, por exemplo, funcionava em um local improvisado na sede da Secretaria de Saúde – Sesab.

Possíveis elementos para análise da experiência

A experiência da gestão do trabalho e da educação na saúde na Bahia teve início bem antes da minha chegada para atuar na diretoria. Vinha sendo construída desde 2007, com um postulado que se apresentava como “construção de uma de uma nova realidade para a área de recursos humanos, e defendia ainda o processo de construção coletiva envolvendo os diversos atores sociais que compõem o SUS no Estado com o mote – O SUS é uma Escola, que devia ser conduzida por gestores, trabalhadores do SUS, usuários do sistema, conselheiros, universidades e centros de pesquisa” (SESAB, 2007, p.50), em um governo de aliança liderado pelo PT.

A Dgtes, que, em tese, deveria versar apenas (talvez, tão somente) acerca da gestão do trabalho, cuidava ainda da Política de Participação no SUS (no caso, era o MobilizaSUS), a Política Estadual de Humanização e a Política de Gestão do Trabalho. E um dos maiores desafios era desenvolver essas políticas, articulando-as entre si. O maior nível de exigência ao meu olhar para essa articulação eram os níveis de mentalidade no campo da saúde, ainda distante da integralidade e capacidade de pensar o político, o técnico e o institucional de forma sistêmica e integrada.

Quando assumimos a gestão da Dgtes, a mesma organizava o seu processo de gestão em três grandes temas-frentes e política, e estes tinham diferentes formas de organizar a gestão, os processos de trabalho e suas práticas educativas, sendo o MobilizaSUS, uma espécie de colegiado, a humanização e gestão do trabalho, tinham coordenadores. Observo que, mesmo essas duas áreas que tinham nomenclatura de coordenação, tinham tendência a tomar decisão em colegiado de gestão.

Também era desafiador articular o trabalho coletivo, porquanto mesmo que muitos considerasse a interdisciplinaridade e interprofissionalidade como pontos fortes da equipe, pois eram várias profissões que atuavam na diretoria, como enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, odontólogos, fisioterapeutas, administradores, antropólogos, etc., o que poderia ser forte, muitas vezes também se expressava como exigente, tendo em vista, o desafio que é fazer o diálogo de saberes, as trocas de conhecimentos e a construção de agendas comuns, caindo algumas vezes no agir fragmentado.

Uma das análises que faço após a minha passagem como Diretor, é que, as áreas funcionavam muito bem em suas especificidades, eram solidárias e afetivas, tinham uma certa união do ponto de vista dos afetos, mas não conseguíamos construir uma agenda comum em torno da gestão do trabalho. É provável que isso se dava porque cada grupo tinha suas agendas específicas para cuidar ou porque não conseguíamos organizar uma mentalidade de cunho sistêmico e integrativo em torno do objeto-tema concernente ao nome da diretoria, que era gestão do trabalho.

Outra dificuldade, que era discreta, mas que sempre considerei, era a minha postura politicamente do campo democrático e popular muito explícita, em um grupo com posicionamento explicitamente em nome da técnica. Penso que isso colaborava no sentido de inspirar o debate no campo político, mas também gerava críticas que chegavam aos meus ouvidos por discretos canais de informação.

Construtos e sujeitos da experiência

É importante ressaltar que a minha gestão foi uma gestão de continuidade das ações que já vinham sido desenvolvidas, e que foram implantadas na gestão de Maria Caputo. Quando assumimos, revisitamos em especial, alguns aspectos de metodologia de trabalho, e a maior novidade, foi a implantação da política de atenção integral à saúde do trabalhador da saúde do SUS na Sesab.

No seio da Diretoria, tínhamos importantes referências de temas e pessoas. No MobilizaSUS, Tiago Parada, Larissa Barros, Patrícia Dantas e Alba Cunha, desenvolviam uma experiência que imbricava práticas de gestão, práticas de mobilização social e práticas de educação popular para a participação. Luciano Moura coordenava a área de gestão do trabalho, junto com uma equipe e Tatiana Santos, junto com uma equipe, coordenava a área de humanização. Mais tarde, Tatiana passou em um concurso temporário no MS, e Altair Lira, assumiu a coordenação. Na Coordenação da Humanização, tínhamos o Permanecer-SUS, criado por Maria Caputo, que foi apenas revisitado em alguns poucos aspectos da metodologia. Nesse período, Rejane Andrade seguia como assessoria

administrativa e secretariado e Arlene Alves, como assessora da Diretoria, função criada com a nossa ascensão ao cargo de diretor.

É necessário considerar que esse período da gestão desenvolveu um bom construto de articulação e diálogo interno na Sesab, como por exemplo, com a Dab, a DGC, a Darh, a Efts na pessoa da Professora Maria José Camarão e a Escola de Saúde Pública, tanto na gestão da Professora Veronica Pina quanto na Gestão da Professora Marcelle Paim, com todas as Superintendências, Chefia de Gabinete (Washington Couto), Secretaria Adjunta (Suzana Ribeiro) e Assessoria de Planejamento (Washington Abreu). Externamente, foram fortalecidas as relações com o Conselho Estadual de Saúde, com o Isc (Isabela Pinto, Jairnilson Paim, Carmen Teixeira), com o Cebes, com a Abrasco, com a Secretaria de Administração e com o Ministério da Saúde, que mais tarde nos convidaria a assumir a Coordenação Nacional da Política de Gestão do Trabalho.

Outro construto que considero importante relatar é a implantação da Política de Atenção à Saúde do Trabalhador da Saúde, legado construído a muitas mãos na Superh, com o apoio da Diretoria de Vigilância e Atenção à Saúde do Trabalhador (com a professora Leticia Nobre) conduzida pela Dgtes no período da nossa gestão, que se tornou referência para o tema, já que não era comum ações de saúde especificamente para os trabalhadores e as trabalhadoras do SUS, o que nos orgulha e nos inspira até hoje.

É importante considerar que havia um diálogo perene e fluído com a coordenação técnica da Superh, na pessoa de Bruno Guimarães, que antes de ser assessor da superintendência, foi Coordenador da Gestão do Trabalho da Dgtes e depois da minha ida para o Ministério da Saúde, assumiu a direção da Dgtes. Esse diálogo foi muito importante, mesmo que algumas vezes, desafiador na implementação da política de gestão do trabalho.

Vale relatar, ainda, que na nossa gestão, e em atuação colegiada com a Superh, conquistamos alguns prêmios em alguns editais do Inovasus do Ministério da Saúde, e possível que essas premiações tenham a ver com o formato metodológico da política da gestão do trabalho na Bahia. Pode-se dizer que a experiência da gestão do trabalho com a minha participação foi exitosa mesmo com os limites vividos. Talvez, uma das pistas mais importantes da minha participação na Dgtes-Superh-Sesab, e o trabalho em equipe, tenha sido o convite do Ministério da Saúde para Coordenar a Política Nacional de Gestão do Trabalho, que terminou desencadeando a minha participação no Programa Mais Médico, tanto no MS quanto no Mec.

Por fim, é necessário falar do exercício que foi escrever esse texto muitos anos depois. Quantas memórias foram revisitadas, quanta sensação de gratidão pelo convite para apresentar essa narrativa, tão singular e especial. Atuando no campo da gestão do trabalho e da educação em saúde, algo que sempre busquei exercitar foi a diplomacia, a democracia, a gentileza, a delicadeza e o cuidado, para mim, elementos estruturantes para o bem viver e para a construção da saúde coletiva, e essas categorias de análises não são indissociáveis da criticidade, da politicidade e da historicidade.

JOSÉ CARLOS DA SILVA (CARLOS SILVAN)

PERÍODO 2013 – ATUAL

Inicialmente é importante externar o contentamento em fazer parte da construção de uma política tão desafiadora como a GTS. Estar há 14 anos no processo de viabilização de melhores condições de vida no trabalho para os/as trabalhadores/as da saúde na Bahia é algo que, no mínimo, muito me orgulha. Cabe revelar que este não pretende ser um relato das ações desenvolvidas ou dos feitos memoráveis de uma diretoria e seus sujeitos, mas sim uma narrativa sobre pertencimento, sobre ser e estar neste lugar, sobre caminhos, itinerários e percursos, sobre saber para onde ir e como chegar, trazendo consigo uma história e seu legado. É sobre horizontes de lutas e conquistas, é sobre ser o que intitulamos “Dgteanos e Dgteanas”.

O percurso nesta pauta se inicia de forma inusitada, sobretudo por não ter vivência prévia sobre o tema na época e por ter sido encorajado a materializar uma política tão estruturante como a gestão do trabalho no cotidiano do trabalho no SUS estadual.

Essa incursão se inaugura com a responsabilização de duas pessoas na condução deste processo, a pessoa a quem coube narrar esse período, no caso Eu, Bruno Guimarães, e Rosangela Katayose. A primeira ação desenvolvida para organização desta área na Sesab, foi a identificação de estratégias possíveis de serem implantadas para inaugurar esta área na Secretaria e por conseguinte no SUS-Bahia. Desta parceria nasceu um conjunto de ideias que ao longo dos anos foram tomando corpo e inserindo-se nos documentos normativos da instituição, a exemplo do Plano Estadual de Saúde. Esse movimento possibilitou uma maior visibilidade institucional sobre o tema, ao passo que assegurávamos, mesmo que de forma tímida, certa dotação orçamentária para desenvolvimento deste campo no executivo estadual.

Importante salientar, que a Bahia vivenciava um momento ímpar. A assunção em 2007 de um governador progressista do campo da esquerda, militante da democracia e oriundo do movimento sindical, foi um excelente sinalizador que apontava para implantação de políticas de valorização dos trabalhadores. Assim como a assunção de um sanitarista, professor de saúde coletiva, com verificada expressividade política e resultados positivos como gestor municipal, alçou a Sesab a um patamar de efervescente inovação na gestão pública, impactando no campo da GTS. Não menos importante o papel exercido pela Superintendente de Recursos Humanos da época, Professora Isabela Pinto, com estudos e experiência no campo da gestão em saúde e da Diretora da Dgtes, Maria Caputo, que foram sujeitos decisivos para a abertura da agenda estadual para esse campo.

Cabe destacar que o modelo de gestão participativa adotado nos primeiros anos do governo petista na Sesab, possibilitou a criação e implantação de políticas estruturantes para o trabalho na saúde, implementando um processo de diálogo com os trabalhadores por meio de suas representações sindicais e tratando de pautas históricas de reivindicação de direitos dos/as trabalhadores/as da saúde.

Uma das primeiras ações implantadas foi o Sistema Estadual de Negociação Permanente (Senp), que objetivava a negociação entre trabalhadores/as e gestores/as das pautas do referido segmento. Questões como PCCV, avaliação de desempenho, planejamento da força de trabalho, educação permanente em saúde, concurso público, dentre outras, figuraram entre as demandas tratadas neste espaço. Deste modo, iniciamos o processo de implantação da GTS na Sesab, que aos poucos ganhou robustez e incorporou outras pautas importantes como à saúde e segurança dos trabalhadores, que originou o Programa de Atenção Integral à Saúde dos/as Trabalhadores/as da Saúde (Paist); a descentralização e regionalização da GTS e da EPS, concebendo os Núcleos de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (Nugtes), bem como o fortalecimento da humanização da atenção e da gestão na saúde, que se configurou na Política Estadual de Humanização da atenção e da Gestão no SUS – BA (Peh), dentre outras.

O resultado desse entusiasmo, fomentado por um processo de construção dialógica e participativa, foi o propulsor do alinhamento de ações que subsidiaram o escopo de sistematização da Política Estadual de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde do SUS – Bahia (Pegtes) um legado inestimável para fortalecimento e consolidação da GTES no Estado.

Meu caminhar na Sesab se inicia na Dgtes na função de técnico e coordenador da gestão do trabalho na saúde, seguindo para a Superh na função de Coordenador Técnico desta superintendência, até assunção em 2013 ao cargo de Diretor da Dgtes. Esse percurso, por vezes um tanto espinhoso, só foi possível ser trilhado, considerando os diversos atores que fizeram parte dessa trajetória. Sinto em não os/as nominar, pois correria o risco de cometer injustiças, considerando que cada um e uma tiveram um papel importante em dado momento da história deste lugar.

A construção do meu lugar de fala na diretoria busca sempre a coletividade. Pessoalmente acredito que sujeitos articulados em prol de objetivos comuns, se constituem como potências capazes de resistir as intempéries das mudanças de gestão e aos ataques constantes aos direitos dos trabalhadores. Talvez por isso sinto-me mais confortável em falar desse coletivo na terceira pessoa.

Muitas foram às ações desenvolvidas, tanto de forma intra como interinstitucional. A Dgtes alcançou resultados importantes e significativos que podem ser verificados no apêndice 1 deste livro. Deixamos de ser uma diretoria que objetivava realizar o planejamento das ações da Superh, para sermos referência nacional nas políticas que implantamos, adentramos o SUS, contando nossas vivências, formando pessoas, qualificando nosso fazer, aperfeiçoando nossa equipe, sendo reconhecidos e premiados por nossas experiências e tornando-nos referência neste campo. Muitas vezes o reconhecimento externo se sobrepunha ao interno, pois a forma de fazermos gestão buscava sempre reconhecer a autonomia e protagonismo dos sujeitos, o diálogo, à construção compartilhada, a participação e a mobilização social, em uma incansável busca de democratizar as relações de trabalho, com vista a melhorar as condições e processos de trabalho em saúde. Às vezes, é certo, havia uma incompreensão sobre o nosso fazer, fato que nos desafiava a seguir na contra hegemonia da normatização dos sujeitos, ressignificando as práticas em saúde.

Sinto que hoje, entendem a nossa importância, expertise e função institucional, pois transformamos o empirismo em ciência, dialogando com as instituições formadoras, nos aproximando das referências nacionais e internacionais dos temas que trabalhamos e abrindo espaços para que os/as trabalhadores/as da Dgtes se qualifiquem em processos de aperfeiçoamentos, especializações, mestrados e doutorados. Seguramente o maior patrimônio que temos são os/as nossos/as trabalhadores/as que, cientes dos seus potenciais, seguem construindo inovação mesmo em terrenos áridos.

Acreditamos que esse legado ficará marcado na forma de se fazer gestão no SUS. É um processo irreversível que nos impõe cotidianamente uma tomada de posição e decisão, pois nossa convicção é no poder compartilhado, no trabalho coletivo e na singularidade dos sujeitos. Assim faz-se a gestão do trabalho e a humanização da saúde no SUS na Bahia, acreditando que deve haver uma coerência entre a fala e a prática, no esteio do que nos diz Paulo Freire, sendo possível um SUS que reconheça os sujeitos pelo nome e não por um número de ordem, pois são essas pessoas, com identidade, os /as trabalhadores/as que pensam, planejam e operacionalizam as ações e os serviços de saúde. A pandemia da Covid-19 nos mostrou a importância desse segmento para garantia de direitos e defesa da vida. E enquanto aqui estivermos essa será nossa bandeira de luta e militância, pois somos mais que meros servidores públicos, somos a expressão da crença e fé que uma sociedade mais justa e igualitária é possível.

Na atualidade a Dgtes permanece atenta e forte, se adaptando ao novo contexto pandêmico, fazendo frente à conjuntura antidemocrática e fascista que assombra nosso país e por isso se constitui como um lócus de resistência, atuando com temas que já não entram na agenda governamental nacional, contudo ainda conseguem se expressar no âmbito estadual.

Por fim, quando olho para o tempo que há de vir, vejo a Dgtes como um espaço com vida própria e perene. Hoje não somos apenas um coletivo institucionalizado, mas uma rede de atores que se espriam pelo território baiano, criando, (re)inventando, produzindo e florescendo. Talvez a minha fala tenha mais subjetividade que assertividade, mas são os sujeitos etéreos e imateriais que estruturam o tangível. Por vezes tentaram nos soterrar, mas esqueceram que somos sementes. A Dgtes, antes apenas uma ideia, hoje se constitui um abrigo, semeador de utopias.

BRUNO GUIMARÃES DE ALMEIDA

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A gestão do trabalho em saúde, sempre foi um grande desafio para gestores e trabalhadores, tendo em vista a complexidade do tema e da política, e também sua importância para a construção do SUS. Nesse sentido, é salutar compreendermos que a experiência narrada não é algo estático, é vivência, é movimento, ainda em curso, de modo que a memória, ainda viva de alguns de seus protagonistas, representa pontos de vista que podem conter lacunas, carecendo ser sempre revisitada e aberta a outros olhares e reflexões.

Consideramos, entretanto que a contação dessa história, com seus limites e vieses, pode ser capaz de inspirar pessoas ou coletivos que defendam a democracia, o direito à saúde e o SUS, como política de Estado, tendo como perspectiva, o trabalho decente no âmbito dos serviços e instituições de saúde. Assim, acreditamos que é imperioso seguirmos no enfrentamento dos contínuos ataques e ameaças de perda de direitos de proteção social no trabalho, e de direitos sociais, previdenciários e trabalhistas, que fragilizam trabalhadores e trabalhadoras. Neste sentido, refletir sobre os modelos de organização e gestão do trabalho, por vezes perversos e patogênicos, é fundamental, para reafirmação do compromisso de promoção e defesa da saúde e segurança de trabalhadores e trabalhadoras, o que torna estratégica a mobilização em torno dessas questões na sociedade brasileira.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, G. A negociação coletiva do trabalho em saúde processo de implantação na Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. IN: Jorge Santos Pereira Solla. (Org.). Estratégia da política de gestão do trabalho e educação na saúde led. SALVADOR:Edufba, 2014, v.1, p 53-63

BAHIA. Secretaria de. SUS. BA. Publicação da Secretaria de Saúde da Bahia. Ano 5-edição Extraordinária 04/211

BAHIA. Secretaria de saúde. Desafios e perspectivas de uma gestão integradora. Relatório. Salvador. BA

Bahia. Secretaria de Saúde. Política Estadual de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde do SUS Bahia. Salvador:Sesab,2012.

BAHIA. Secretaria de Saúde. InfoSaúde. SUS. BA. Publicação da Secretaria DE Saúde da Bahia. Ano 2-Número 3.10/2012.

BAHIA. Secretaria de Saúde. InfoSaúde. SUS. BA. Publicação da Secretaria de Saúde da Bahia. Ano 1-Número 01. 08/2011

BAHIA. Secretaria Estadual de Saúde. Política de Gestão do Trabalho e Educação Permanente. Salvador, BA; 2007

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. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

OLIVEIRA, T.D.T.; PINTO, I.C.M. Superintendência de Recursos Humanos: Políticas e Ações no Campo da Gestão do Trabalho na Saúde. In: Jorge Santos PEREIRA Solla. (Org.). Estratégia da política de gestão do trabalho e educação na saúde led. SALVADOR:Edufba, 2014, v.1, p.21-48.

RAMOS, Alexandre S. et al. Política de gestão do trabalho e educação permanente na Bahia: o SUS é uma escola. Revista Baiana de Saúde Pública, Salvador, v. 33, n. 1, p. 40–50. 2009.

X SEMANA DE MOBILIZAÇÃO CIENTIFICA -SEMOC.CURSO. A educação permanente como estratégia educacional na Atenção básica no SUS-BA BA.2007

SEÇÃO 2

**Políticas para o trabalho em saúde:
A defesa das condições, relações,
processos e vínculos de trabalho,
humanizados, dignos e seguros no SUS-BA**

CAPÍTULO 4

Bruno Guimarães de Almeida
Isabela Cardoso de Matos Pinto
Janete Lima de Castro
Luciano de Paula Moura

Negociação Coletiva: O processo de democratização das relações de trabalho no SUS

Quem não se movimenta,
não sente as correntes que o prendem.

Rosa Luxemburgo

NEGOCIAÇÃO COLETIVA: O PROCESSO DE DEMOCRATIZAÇÃO DAS RELAÇÕES DE TRABALHO NO SUS – BAHIA

INTRODUÇÃO

O debate sobre negociação coletiva visa chamar a atenção para a importância de se instituir, no setor público de saúde, sistemas de gestão participativa que levem ao aprimoramento dos mecanismos de gerenciamento das relações de trabalho, combinados com a elaboração de normas voltadas à melhoria da qualidade dos serviços, das condições de trabalho e, concomitantemente, da saúde dos trabalhadores (DIEESE, 2012).

As Mesas de Negociação exercem uma função político-social importante, e reconhecê-las fortalece a participação da sociedade em fóruns que cuidam das políticas públicas, como a de saúde, configurando-se, portanto, como um projeto coletivo onde a democratização das relações de trabalho surge como um valor fundamental, um atributo imprescindível e como uma das diretrizes que orienta o processo de negociação (BRASIL, 2003). Esses espaços materializam a negociação coletiva, e se constituem como um fórum paritário que reúne gestores e trabalhadores a fim de tratar dos conflitos inerentes às relações de trabalho, objetivando atender as reivindicações dos trabalhadores, possibilitando a construção conjunta de um plano de trabalho e de uma agenda de prioridades das questões a serem debatidas e pactuadas entre gestores públicos, prestadores privados e trabalhadores da saúde (BRASIL, 2005).

O processo de implementação do Sistema de Negociação Permanente no âmbito público teve início no final da década de 1970, com o emprego de regras do Direito do Trabalho no setor público. Com a promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil, em 1988, o sistema democrático de negociação do trabalho passou a ter como pressuposto básico o cumprimento dos cinco princípios de administração pública federal: legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência (BRASIL, 1988).

A Constituição Federal consagrou a negociação coletiva em vários de seus dispositivos (art. 7º, incisos VI, XIII, XIV, XXVI; art. 8º, inciso VI; e art. 114, §§ 1º e 2º), como forma de solução dos conflitos coletivos de trabalho, que se sobrepõe, inclusive, à solução jurisdicional dos conflitos (§ 2º do art. 114 da CF) (LOPES, 2020).

Somam-se a estes dispositivos as Convenções da Organização Internacional do Trabalho (OIT) nº. 87/ 1948, que dispõe sobre a Liberdade Sindical e à Proteção do Direito Sindical, e a nº 151, além da recomendação nº 159, ambas de 1978, que dispõem sobre as relações de trabalho na Administração Pública, estas duas últimas promulgadas no Brasil por meio do Decreto nº 7.944 de 06 de março de 2013.

Dois marcos importantes foram constituídos considerando os documentos supracitados proporcionando, inclusive, a ampliação do debate: o primeiro foi a criação do Sistema Permanente de Negociação Coletiva de Trabalho do Instituto de Assistência Médica ao servidor público do Estado de São Paulo (IAMSPE), implantado em 1989, e o segundo, a Sistema de Negociação Permanente da Prefeitura Municipal de São Paulo (Sinp/SP), inaugurado em 2002.

Em que pese a existência dos princípios constitucionais, considera-se que a ausência de regulamentação sobre a negociação coletiva é prejudicial às relações de trabalho (MILITÃO, 2011). Nesse sentido, o Dieese (2012), considera que a ordem jurídica brasileira nunca reconheceu aos servidores o direito de participar da elaboração de regras aplicáveis às relações de trabalho com o poder público. Assim, podemos dizer que durante muito tempo foi negada aos servidores a autonomia coletiva (ou negociação coletiva). Suas relações e condições de trabalho sempre foram definidas unilateralmente pela União, pelos Estados, Distrito Federal ou municípios.

Na saúde, a regulamentação do SUS, ocorreu por meio da promulgação das leis federais nº. 8.080 / 90 (Lei Orgânica da Saúde) e 8.142/ 90, marcos legais que dispõem sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes, bem como sobre os recursos financeiros e participação social (PAIM, 2009). Em ambas as normativas aparecem questões relacionadas à Gestão do Trabalho. A Lei Orgânica inclui a saúde do trabalhador e lei complementar estabelece a necessidade de instituição de comissão para elaboração do plano de carreira, cargos e salários.

No Estado da Bahia, com a formulação da Política Estadual de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde – Pegtes (BAHIA, 2007), apesar da ausência de informações sistematizadas, os problemas enfrentados nesta área ganharam maior visibilidade, a exemplo das lacunas deixadas pela educação formal, às precárias condições dos ambientes de trabalho, as longas jornadas de trabalho, a remuneração não condizente com a atividade desempenhada pelos trabalhadores, a ausência de parâmetros para desenvolvimento na carreira, até então pautados apenas na titulação, a ausência de critérios que avaliasse o desempenho do trabalhador no exercício de suas funções, a inexistência de espaços negociação entre gestores e trabalhadores, dentre outros (PINTO e TEIXEIRA, 2011).

Para o enfrentamento destes problemas, optou-se pela instituição de uma nova modalidade de gestão, a negociação coletiva, entre gestores e trabalhadores, ainda não experimentada no âmbito estadual, sendo a Mesa de Negociação a sua estratégia mais importante. A criação do Sistema Estadual de Negociação Permanente do Estado da Bahia (Senp) possibilitou o tratamento das pautas históricas de reivindicação dos trabalhadores, estabelecendo ações, regulamentando processos e instituindo marcos legais no campo do trabalho em saúde na Bahia.

Diante do exposto, este capítulo propõe-se a caracterizar o contexto político-institucional da negociação coletiva no Brasil e apresentar o processo de implantação da Mesa de Negociação Permanente da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, apontando os principais resultados alcançados e os desafios a serem enfrentados para manutenção desse espaço que promove a valorização dos trabalhadores da saúde.

CONTEXTO POLÍTICO-INSTITUCIONAL: UM POUCO DO HISTÓRICO DA NEGOCIAÇÃO EM SAÚDE NO BRASIL

Historicamente a Gestão do Trabalho não aparece como prioridade na agenda governamental e uma série de questões relacionadas a este campo se avolumam. Observam-se inúmeros desafios nesta área como, multiplicidade de vínculos e jornadas de trabalho, os diferentes regimes de contratação, a falta de estímulo profissional, os desvios de função, a transgressão as leis trabalhistas, as formas ultrapassadas e arcaicas de gestão, a ausência de planos de carreiras, a falta de cuidado com a saúde do trabalhador, a dificuldade no planejamento da força de trabalho e a inexistência de forma generalizada de espaços de negociação (BRASIL, 2005).

Essa problemática foi introduzida nos debates ao interior do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), ainda nos anos 80, com a crítica das ações técnicas, organizacionais e gerenciais em saúde, buscando-se estimular a auto percepção dos trabalhadores da saúde enquanto agentes do processo de trabalho e cidadãos portadores de direitos, de modo a transformar seu modo de representação de interesses coletivos, sua cultura profissional e seu papel na reforma das instituições e políticas de saúde (PAIM, 1997).

As discussões em torno deste tema foram inseridas na agenda da gestão a partir dos anos 1990, e estenderam-se com avanços e recuos por toda a década, tendo sido instituída uma Mesa Nacional de Negociação do SUS, através da resolução nº 52 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), homologada pelo Ministro da Saúde, em 05 de maio de 1993, porem, após algumas reuniões esporádicas, esta não se efetivou. No ano de 1997, a Mesa de Negociação foi reinstalada, a partir da Resolução nº 299 do CNS, de 08 de maio, porém com funcionamento irregular, interrompeu novamente suas atividades.

O desdobramento do debate sobre as relações de trabalho, conduziu à publicação da Norma operacional de Recursos Humanos (Nob-RH/SUS), em 1998, que estabeleceu os princípios e diretrizes da Gestão do Trabalho no SUS, porém, o processo de institucionalização só avançou na década seguinte, mais precisamente a partir de 2003, por conta das mudanças que ocorreram no âmbito do Governo Federal e especificamente no MS, com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (Sgtes) que passou a conduzir o debate sobre as relações de trabalho considerando seus aspectos técnicos, políticos, jurídicos e financeiros.

De fato, nesse contexto, ocorreu a retomada do processo de negociação no Governo Federal com a instituição do Sistema de Negociação Permanente da Administração Pública Federal (Sinp Federal), que tinha como finalidade aplicar uma metodologia participativa de tratamento de conflitos e encaminhamentos de demandas administrativas pertinentes às relações funcionais e de trabalho, por meio da instituição de um conjunto articulado de postulados, princípios e regras destinados a estimular o compromisso e promover a interlocução organizada e institucional entre o governo e as entidades de classe (BRASIL, 2008).

Seguindo a nova orientação do governo federal, no mesmo ano, a Mesa foi reinstalada pela terceira vez, com uma nova composição e denominada de Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS, sendo homologada pelo Ministro da Saúde, e tendo, então, seu funcionamento regularizado.

A criação da Mesa insere-se em um contexto de democratização das relações de trabalho no Estado, nas quais a participação do trabalhador é entendida como fundamental para o exercício dos direitos de cidadania visando à melhoria da qualidade dos serviços de saúde e o fortalecimento do SUS.

Cabe registrar ainda, que a regulamentação da Lei Orgânica da Saúde, por meio do Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011 aponta para um novo olhar sobre o trabalho na saúde, uma vez que estabelece no Contrato Organizativo de Ação Pública (Coap)¹, indicadores e metas específicos para a gestão do trabalho. Nesta mesma direção a Lei Complementar nº 141 de 13 de janeiro de 2012², inclui a capacitação de pessoal de saúde do SUS e a remuneração do pessoal ativo da área de saúde e seus encargos, como objetos da aplicação dos recursos mínimos disponibilizados como elementos de despesa com ações e serviços de saúde.

É justamente essa relação entre o estado e seu poder econômico, e as demandas sociais, neste caso, pautadas pela classe trabalhadora, intermediadas pela Mesa de Negociação, que exerce uma função política na mediação de conflitos e formulação de consensos. A Mesa de Negociação apresenta-se, portanto, como uma oportunidade de desenvolvimento institucional, ao tempo em que estimula a realização de estudos acerca de

1 - O Coap constitui-se como um acordo de colaboração firmado entre entes federativos com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada, com definição de responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão disponibilizados, forma de controle e fiscalização de sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde (Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011).

2 - A Lei Complementar nº 141/2012, regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências (Lei Complementar nº 141 de 13 de janeiro de 2012).

suas bases conceituais e metodológicas bem como sobre suas atividades realizadas e resultados alcançados.

O quadro a seguir reproduz uma síntese dos principais fatos ocorridos, após restituição do sistema democrático brasileiro até os dias atuais, onde a negociação coletiva é citada como uma ação, política ou estratégia de governo, independentemente de sua efetiva implementação, o que nos ajuda a compreender como o cenário da negociação no Brasil foi se estabelecendo.

Quadro 1 - Cronologia da Negociação Coletiva no Brasil, considerando governos e principais ações implantadas/ implementadas, no período de 1988 a 2021.

ANO/ PERÍODO	GOVERNOS	PRINCIPAIS DESTAQUES
1988	Presidente José Sarney de Araújo Costa	Os servidores públicos civis tiveram reconhecido o direito de organização sindical (artigo 37, VI, CF) e o direito de greve, porém não foi explicitada a garantia do direito de negociação coletiva (artigo 39, § 3º, CF).
1989		Criação do Sistema Permanente de Negociação Coletiva de Trabalho do Instituto de Assistência Médica ao servidor público do Estado de São Paulo (Iamspe)
1992	Presidentes Fernando Afonso Collor de Mello e Itamar Augusto Cautiero Franco	O Supremo Tribunal Federal julgou procedente a Ação Direta de Inconstitucionalidade n. 492-1 que questionava o direito de negociação coletiva no setor público.
1993	Presidente Itamar Augusto Cautiero Franco	A Convenção 154, aprovada em 1981, na 67ª reunião da Conferência Internacional do Trabalho em Genebra, foi aprovada pelo Congresso Nacional em 1992 e trata da negociação coletiva trabalhista. Voltada para o fomento e promoção da negociação coletiva, visa também estabelecer regras e procedimentos para as relações entre empregados e empregadores.
1996	Presidente Fernando Henrique Cardoso	1ª Instalação da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS/ MNNP-SUS (resolução n. 52 de 06 de maio de 1993)
1997		Realização da 10ª Conferência Nacional de Saúde, que dentre suas deliberações afirma a importância da implantação da Mesa Nacional Permanente de Negociação, bem como de mesas estaduais e municipais.
1998		2ª Instalação da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS/ MNNP-SUS (resolução n. 229 de 08 de maio de 1997)
		Com a “Reforma Administrativa” de 1998, foi acrescentado, aos princípios constitucionais que regem a administração pública, o princípio da eficiência, ao tempo que se derrubou o Regime Jurídico Único - RJU (estatutário)
		Publicação dos Princípios e Diretrizes para Gestão do Trabalho no SUS (Nob-RH-SUS) - 1ª versão, que já trazia a negociação coletiva como uma ação estruturante para a Gestão do Trabalho no SUS.

2000	Presidente Fernando Henrique Cardoso	Com a decisão da Ação Direta de Inconstitucionalidade (Adin) n. 2135/2000 (02/08/2007), que restabeleceu o caput do art. 39 da CF, os servidores voltam a ser regidos por um RJU. Essas mudanças oportunizaram o debate sobre o direito à Negociação Coletiva que retornou amparado nas alterações contidas na Emenda Constitucional 19 (EC 19), e processos sistemáticos de Negociação Coletiva passaram a ser experimentados em diversos lugares a partir da recuperação de uma concepção de democratização das relações de trabalho defendida pelo Movimento Sindical no processo de discussão da Constituição de 1988.
2002		Instituído, em São Paulo/SP e em Recife/PE, o Sistema de Negociação Permanente (Sinp)
2003		Realização da 12ª Conferência Nacional de Saúde que dentre o conjunto de propostas ratifica a necessidade de institucionalização das Mesas Permanentes de Negociação do SUS nos estados e municípios. O governo federal cria a Mesa Nacional de Negociação Permanente da Administração Pública Federal (portaria n. 1.132/03) e a Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS/MNPP-SUS (resolução n. 331 de 04 de novembro de 2003)
2006	Presidente Luís Inácio "Lula" da Silva	O Ministério da Saúde e o Conselho Nacional de Saúde organizam a 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, que objetivou estabelecer diretrizes para valorização e qualificação do profissional do SUS, incluindo como uma das estratégias o fortalecimento e a ampla disseminação da negociação coletiva, por meio das mesas de negociação.
2007		A metodologia proposta pela MNPP-SUS é adotada nos estados da Bahia e de Sergipe. Além dessas experiências, um conjunto de outras mesas é aberto em diversos municípios brasileiros.
2013	Presidente Dilma Vana Rousseff	Publicação do Decreto nº 7.944 de 06 de março de 2013 que promulga a Convenção da Organização Internacional do Trabalho (Oit) nº 151 e a recomendação nº 159, ambas de 1978, que dispõem sobre as relações de trabalho na Administração Pública.
2016 - 2018	Presidente Michel Miguel Elias Temer Lulia	Aprofundamento das contrarreformas neoliberais que atingem o SUS e as políticas relacionadas ao trabalho, com fragilização de instâncias de participação social, dentre elas a Mesa de Negociação Coletiva.
2019 - atual	Presidente Jair Messias Bolsonaro	Publicação do Decreto nº 9.759 de 11 de abril de 2019 que extingue e estabelece diretrizes, regras e limitações para colegiados da administração pública federal. Neste escopo extingue a Mesa Nacional de Negociação Permanente do Sistema Único de Saúde.

Fonte: Informações extraídas do texto Negociação Coletiva no Setor Público, publicado pelo Dieese, 2012, da tese de Mestrado em Direito de Porto, 2012, do livro “Gestão do Trabalho e Educação na Saúde” do Cepesc: IMS/Uerj, 2012 e da publicação Ser Social, 2021

O histórico da negociação apresentado no Quadro I, deixa evidente as tentativas de implantação de espaços permanentes de negociação, permeadas por momentos de pleno funcionamento das Mesas de Negociação, por outros de total paralisação desse instrumento de gestão. De modo geral, os bastidores desse processo revelam os conflitos sociais existentes entre os setores patronal, detentores do poderio econômico e dos meios de produção, e obreiro, o qual se constitui pela classe trabalhadora, subordinada economicamente, conforme afirma Silva (2013).

Diagnóstico realizado pelo Ministério da Saúde em 2014 revela que nesse ano havia 60 MNNP-SUS (OLIVEIRA; ROSA, 2017) instaladas no território nacional. O maior quantitativo se concentrava na região Sudeste, seguido pelas regiões Norte e Nordeste, ambas com mesmo quantitativo. Dessas 60 Mesas, 31 responderam ao convite do Ministério da saúde para participar do diagnóstico, o que corrobora os resultados da pesquisa Avaliação do Funcionamento das Mesas de Negociação do Trabalho das Secretarias de Saúde das Regiões Nordeste e Sul, realizada por Castro et al (2013).

A citada pesquisa evidencia que até o final de 2012 havia doze Mesas instaladas na região Nordeste, todavia, apenas cinco se encontravam em atividade. Essa situação pode ser vista como resultado da falta de apoio político à proposta de instalação das Mesas enquanto espaço para a negociação das relações de trabalho? É possível que sim, considerando que a existência das mesas de negociação está vinculada à disposição política da gestão para estabelecer processos de discussão com os trabalhadores, considerando os princípios da democracia, participação e transparência e que a busca da democratização nas relações de trabalho é um desafio permanente no mundo do trabalho.

Todavia, estudos sobre o tema (CASTRO e LIMA, 2017) demonstram que gestores e trabalhadores que vivenciaram a experiência de participar de discussões no contexto de uma Mesa de Negociação, afirmam ser este um espaço importante para instituir uma política de gestão do trabalho no SUS.

A NEGOCIAÇÃO COLETIVA NO ESTADO DA BAHIA

O movimento de luta pela democratização das relações de trabalho no estado da Bahia, data, segundo relato de uma das instituições sindicais de maior representatividade no Estado – Sindisaude/BA (Sindicato dos Trabalhadores em Saúde do Estado da Bahia), do ano de 1989, marco da fundação do sindicato. Segundo os trabalhadores associados ao sindicato à época, o estado passava por um longo período de descaso com as necessidades e demandas dos trabalhadores da saúde, motivo pelo qual se desencadeou uma das maiores greves do funcionalismo, que perdurou por aproximadamente 120 (cento e vinte) dias.

Na década seguinte, nos anos 90, a postura dos governos estaduais na Bahia, avesso ao diálogo e debate público com a população e os trabalhadores, permanece inalteradas, sobretudo no que tange o tratamento das demandas dos trabalhadores. Poucos foram os avanços no campo da gestão do trabalho, até então, denominado recursos humanos em saúde. Havia um tensionamento entre os trabalhadores e a gestão estadual, que, no geral, após movimentos grevistas, cediam a alguns itens constantes na agenda de negociação proposta pelos sindicatos, em específico, no atendimento das questões remuneratórias. Algumas tentativas de conformação de espaços de negociação foram implantadas, não ultrapassando o prazo máximo de 03 (três) meses de duração, sendo descaracterizados logo depois do término dos movimentos grevistas.

Os anos iniciais da década de 2000 propiciaram alguns avanços na pauta trabalhista, adquiridos a partir das greves, que foram importantes para a melhoria das condições salariais dos trabalhadores, dada à situação conjuntural política da época. Pagamento diferencial de gratificações, concessão de adicionais de insalubridade, ampliação da carga horária, que impactava sobre a remuneração, são alguns exemplos de conquistas da classe trabalhadora. Contudo o conjunto desses elementos não incidia sobre as perdas salariais históricas dos servidores, nem sobre a melhoria das condições de trabalho, ainda mais, essa conformação criou inúmeras distorções que ao longo dos anos, adensou o conjunto de problemas relativos ao trabalho em saúde no estado.

O Governo do estado da Bahia, ao assumir a gestão 2007, adotou uma nova postura perante o funcionalismo estadual. A fim de construir uma gestão, que visava ampliar a participação nas esferas de decisão das políticas de saúde para o Estado, a Secretaria da Administração do Estado – Saeb iniciou em janeiro deste mesmo ano, a discussão para implantação do Sistema Estadual de Negociação Permanente, congregando representações governamentais e sindicais em prol da implantação de políticas de gestão do trabalho que efetivassem os direitos legítimos dos trabalhadores do estado.

A eleição de Jaques Wagner, do Partido dos Trabalhadores, para Governador do Estado, em 2007, colaborou para estruturar uma nova forma de relação com os trabalhadores. Egresso do movimento sindical e considerado exímio negociador das pautas trabalhistas do Polo Petroquímico da Bahia, sua vitória no executivo estadual representou para os trabalhadores a possibilidade de inserir a negociação coletiva como instrumento de gestão.

A implantação dessa estratégia se concretizou a partir da instituição de uma nova modalidade de gestão, a Negociação coletiva, entre gestores e trabalhadores, ainda não experimentada no âmbito estadual, sendo a Mesa de Negociação a sua estratégia mais importante. A criação do Sistema Estadual de Negociação Permanente do Estado da Bahia (Senp) possibilitou

o tratamento das pautas históricas de reivindicação dos trabalhadores, estabelecendo ações, regulamentando processos e instituindo marcos legais no campo do trabalho em saúde na Bahia.

Neste mesmo ano, estrutura-se uma comissão para organização do processo de trabalho do sistema, mapeamento dos atores que compõem a Mesa Central (representações governamentais e sindicais) e recebimento e tratamento das pautas apresentadas pelos trabalhadores.

Esse Sistema foi constituído por uma instância de discussão e deliberação central – a Mesa Central de Negociação Permanente e por instâncias descentralizadas para discussão de questões específicas de cada órgão que compõe o executivo estadual – as Mesas Setoriais de Negociação Permanente, implantadas cinco meses depois da primeira reunião da Mesa Central, na tentativa de avançar por uma trilha já percorrida por outros governos através de iniciativas similares (BAHIA, 2007).

A implantação do Sistema e da Mesa Central de Negociação reforçou a luta na efetivação de um modelo de diálogo e “escuta” cooperativa entre o funcionalismo público e a gestão pública do Estado da Bahia. A principal pauta tratada neste período dizia respeito à necessidade de reajuste salarial para cerca de 105 (cento e cinco) mil servidores do poder executivo estadual, ativos e inativos, que tiveram um reajuste que variou entre 3,3% a 36% do funcionalismo (representado em grande maioria por auditores fiscais, gestores governamentais e carreiras técnico-jurídicas, dentre outros) e 17,28%, para 47% dos servidores (representado pelos auxiliares administrativos, as carreiras auxiliares da Saúde, professores de nível 1, soldados da Polícia Militar e agentes da Polícia Civil classe 1, dentre outros). O pagamento desse reajuste ocorreu de forma escalonada em duas vezes (junho e novembro de 2007), conforme pactuado com as categorias.

Após este primeiro momento, a Mesa Central de Negociação se desdobrou em Mesas setoriais, sendo instalada em junho de 2007, a Mesa de Negociação Permanente – setorial saúde, que objetivou discutir questões específicas dos trabalhadores do executivo estadual da saúde. O processo inicial de instalação contou com a participação de representantes do Ministério da Saúde e da Secretaria da Administração do Estado, além da presença da bancada do governo e sindical, e do próprio Secretário Estadual de Saúde, que na oportunidade propôs que as discussões fossem realizadas em duas etapas: a primeira enfocando as demandas mais relevantes dos servidores da Sesab e a segunda na perspectiva de ampliar o debate para contemplar a problemática que permeava a gestão de recursos humanos no SUS – BA.

Essa situação trouxe à tona uma série de questões relativas ao papel da Secretaria da Saúde na gestão da educação e do trabalho na saúde, e gerou a necessidade de reorganização da Superintendência de Recursos

Humanos da Sesab, órgão responsável pela implementação de políticas, em especial às voltadas para a gestão do trabalho, e da Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, responsável por coordenar e sistematizar os acordos produzidos na Mesa.

Alguns importantes pontos foram levantados, sendo listados, pela bancada sindical, quatro pautas prioritárias a serem discutidas nas primeiras rodadas de negociação da Mesa: Correção das distorções no valor pago pela Gratificação de Incentivo para melhoria da Qualidade (Giq) aos servidores do estado, ressaltando as discrepâncias no rateio da produtividade, como diferenças no pagamento dos servidores nas diversas unidades da Sesab (1); concessão de pagamento de adicional de insalubridade (2), ampliação da carga horária para os servidores que assim solicitarem (3) e Concurso público, e quando necessário, a seleção pública por meio do Regime Especial de Direito Administrativo – Reda (4).

Dentre as deliberações resultantes da implantação da Mesa de Negociação Permanente da Sesab, a formação da Comissão para Revisão do Plano de Carreiras, Cargos e Vencimentos (Portaria nº. 3150 de 31 de outubro de 2007), a realização de concurso público regionalizado, no ano de 2008 (admissão de 5.287 trabalhadores) e a realização de processo seletivo simplificado para contratação pelo Reda, foram as mais significativas.

Cabia à comissão a missão compatibilizar os interesses das diversas categorias em uma proposta que contemplasse um maior número de servidores públicos estaduais da saúde, gerando uma disputa em uma arena formada por cerca de 179.413 mil trabalhadores civis ativos e 63.380 mil inativos do executivo estadual, na qual dever-se-ia contemplar melhorias remuneratórias para um maior quantitativo de trabalhadores, o que demonstra o tamanho do desafio da Mesa.

Um marco importante que legitimou esse momento e se configurou como o principal resultado oriundo do processo de negociação na Mesa da Sesab foi, em fevereiro de 2009, a publicação da Lei nº. 11.373 que instituiu o novo Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos (PCCV) da Sesab. Esta lei se fundamenta, entre outras premissas, no processo de negociação e pactuação entre gestores e trabalhadores do executivo estadual, que ocorre na Mesa de Negociação Permanente – Setorial da Saúde/ Menp – Sesab.

O processo negocial na Sesab ainda produziu nos anos que seguites a implantação do PCCV, alguns importantes instrumentos que reorganizaram e direcionaram as carreiras dos servidores públicos da saúde. A Lei 11.373/2009 foi revisada, por meio da Lei nº. 12.598 de 28 de novembro de 2012, incorporando à normativa anterior, dentre outras questões, a ampliação do quantitativo de classes para promoção, a progressão como uma nova possibilidade de desenvolvimento funcional, a ampliação da jornada de

trabalho para algumas categorias e ajustes na Gratificação de Incentivo ao Desempenho (Gid); a Lei no 12.822, de 04 de julho de 2013, reestruturou as carreiras de médico e regulador da assistência em saúde e instituiu o seu plano de cargos, carreiras e vencimentos; o Decreto 16.146 de 15 de junho de 2015 que regulamentou a progressão e a promoção das carreiras de Médico e Regulador da Assistência em Saúde; além do Decreto no 16.564 de 29 de janeiro de 2016, que regulamentou a progressão das carreiras integrantes do Grupo Ocupacional Serviços Públicos de Saúde.

Esses fatos demonstram a vitalidade da Mesa de Negociação, em especial no período de elaboração das normativas citadas. No período que se segue à publicação desses regulamentos, a Mesa se desmobilizou, enquanto espaço institucionalizado da gestão estadual. Na atualidade, há um arrefecimento desse espaço de negociação, apesar da Sesab seguir acolhendo as representações sindicais. A sistemática de reuniões da Mesa de Negociação, não atende mais a uma demanda organizada e sistemática, sendo as pautas dos trabalhadores tratadas de forma pontual, em geral, a partir da mobilização deste segmento.

Os trabalhadores da categoria médica, em certa medida, conseguem tratar suas demandas com maior celeridade, sobretudo pela articulação sindical com o conselho regional e federal de medicina e com a associação de medicina do estado, formando um conglomerado de representações da categoria que acessam a agenda do secretário, e conseguem debater e encaminhar suas pautas. Já as entidades que representam as demais categorias, conseguem pautar suas demandas com a Superintendência de Recursos Humanos, por meio de suas diretorias, de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (Dgtes) e de Administração de Recursos Humanos (Darh).

O PCCV da Sesab, que em 2021, completa doze anos foi/ é um dos principais objetos pautados na negociação, considerando que o seu arcabouço jurídico inclui dentre outras pautas importantes para a consolidação da Gestão do Trabalho no Estado, a Avaliação de Desempenho, o Dimensionamento da Força de Trabalho e o Plano de Educação na Saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo negocial se constitui como uma nova forma de contar a história da vida dos trabalhadores, trazendo para a arena seus direitos, anseios, necessidades e demandas. No caso específico do estado da Bahia, as evidências apontam a postura democrática do Governo em tratar as demandas dos trabalhadores, de forma sistemática e permanente.

Nesta perspectiva, compreende-se que a Mesa de Negociação representa um avanço na área de planejamento de recursos humanos no SUS-BA, na medida em que contempla um conjunto de demandas e necessidades

do campo do trabalho em saúde. Representa deste modo, uma inovação tecnológica, na medida em que pretende superar o modelo centralizado e hierarquizado de gestão, corresponsabilizando os trabalhadores no processo de tomada de decisão. Além disso, o acompanhamento e o debate aprofundado a respeito do desenvolvimento e dos resultados dessa instância se tornam essenciais e estratégicos para se apreender as contribuições reais que a implementação desta ação vai representar para o fortalecimento da gestão do SUS na Bahia.

O processo de construção da Mesa de Negociação no estado aponta para os desafios que ainda devem ser enfrentados para consolidar o processo de democratização nas gestões públicas. Ainda é incipiente na legislação trabalhista brasileira, normativas que ratificam a negociação coletiva, e na esfera pública é mais preocupante esta realidade, considerando que não existe um marco regulatório que assegure a presença dessas instâncias, ficando facultado aos gestores a iniciativa de implantar espaços de diálogo e negociação com os trabalhadores da saúde.

No Estado, a negociação só foi possível, considerando as diversas variáveis que interagiram no cenário: o perfil do governador do estado do período 2007 – 2014, um militante da causa do trabalhador, que implantou o sistema negocial no estado; a mobilização da base do governo; a disponibilidade do movimento sindical em construir um processo inovador na Bahia; o investimento na qualificação técnica dos gestores para negociarem; a transparência da negociação estabelecida e o desejo de ambas as partes para que este processo fosse instituído na Bahia. O Sistema Estadual de Negociação Permanente buscou ao longo desses anos acolher e tratar as demandas históricas dos trabalhadores da Bahia, a partir da análise conjunta das bancadas (governo e trabalhadores) dos limites e possibilidades do Estado.

As evidências trazidas neste capítulo lançam luzes sobre a problemática da ação coletiva, trazendo à baila que a dinâmica da negociação não é linear, assim como a percepção dos atores que estão à Mesa sobre as questões do campo do trabalho na saúde não é homogênea. Isto revela, o quão complexo é o estabelecimento de um sistema negocial, em uma estrutura igualmente complexa, como uma secretaria de Estado, e o quão desafiador é mediar interesses individuais e representativos na busca de um processo compartilhado e coletivo.

No Brasil a negociação ganha contornos mais desafiadores, sobretudo por possuímos uma classe trabalhadora inerte, cuja visão ante o trabalho não se glorifica como um meio de alcançar a dignidade, mas de garantir apenas a subsistência. Para tanto, a implantação de sistemas de negociação, instrumentos flexíveis de apoio a gestão, se constituem como um processo árduo e intenso de disputas, tornando-se difícil a acomodação desta estratégia em estruturas ainda rígidas, como a gestão pública, sendo, portanto, um importante desafio a ser transposto.

REFERÊNCIAS

BAHIA. Jornal da AGECOM. Secretaria de Comunicação Social. Governo do Estado da Bahia, Salvador, 2007.

_____. Lei nº 11.373 de 05 de fevereiro de 2009. Institui o Plano de Cargos Carreiras e Vencimentos da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Diário Oficial da Bahia, Salvador-Ba, 06 fev. 2009.

_____. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Superintendência de Recursos Humanos. Política Estadual de Gestão do Trabalho e da Educação Permanente em Saúde. Salvador: Sesab, 2008.

_____. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Superintendência de Recursos Humanos. Política Estadual de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Salvador: Sesab, 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Princípios e Diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/ RH – SUS). 3ª ed. Brasília, Ministério da Saúde, 1998.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS: democratização nas relações de trabalho no Sistema Único de Saúde SUS/ Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Conselho Nacional de Saúde. - Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS (NOB/ RH-SUS), 3ª ed. rev. atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. Mesa Setorial de Negociação Permanente do Ministério da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Assuntos Administrativos. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

CASTRO, Janete Lima de. Et all. Avaliação do Funcionamento das Mesas de Negociação do Trabalho das Secretarias de Saúde das Regiões Nordeste e Sul (relatório de pesquisa - 2013). Disponível em www.observatoriorh.ufrn.br.

CASTRO, Janete Lima de. LIMA, Rafael Rodolfo Tomaz de. Negociação do Trabalho no sistema Único de Saúde. Natal, RN: Una, 2017. 214p. (Seminare; n.7)

DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS (Dieese). A Negociação Coletiva no Setor Público. São Paulo: DIEESE, 2012.

MILITÃO, João Batista dos Santos. A negociação coletiva do trabalho no SUS. 2011. 126 f. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Osvaldo Cruz, 2011.

OLIVEIRA, Juli Ferreira de. ROSA, Bruna Alexandra Rocha da. Reflexões e Construções sobre o Sistema Nacional de Negociação Permanente do sistema único de Saúde. In: Negociação do Trabalho no Sistema Único de Saúde. Janete Lima de Castro, Rafael Rodolfo Tomaz de Lima (orgs.). Natal, RN: Una, 2017. 214p. (Seminare; n.7).

PAIM, Jairnilson Silva. Bases Conceituais da Reforma Sanitária Brasileira. In: FLEURY, Sonia (Org.). Saúde e Democracia: a luta do Cebes. São Paulo: Lemos Editorial, 1997, p. 11-24.

PIERANTONI, Celia Regina et al. Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. 1. ed. Rio de Janeiro: CEPESC, 2012. v. 1. 156 p.

PINTO, I. C. de M.; TEIXEIRA, C. F. Formulação da Política de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde: o caso da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia, Brasil, 2007-2008. Cadernos de Saúde Pública, v. 27, n. 9, p. 1777-1788, set. 2011.

PORTO, Roberta Guasti. A Negociação Coletiva de Trabalho e a (re)construção das Relações de Trabalho na Sociedade Contemporânea. 2012, 166 f. Dissertação (Mestrado) - Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Programa de Pós-Graduação em Direito, Belo Horizonte, 2012.

SER Social: Revista do Programa de Pós-Graduação em Política Social/ Universidade de Brasília. Departamento de Serviço Social. SER Social. Alimentação, abastecimento e crise. V. 23, n. 48, 1. sem./2021.

SILVA, Bruno Viana Ferreira da. Evolução histórica das negociações coletivas de trabalho e sua inocuidade ante o ordenamento jurídico brasileiro. 2013, 61 f. Trabalho de Conclusão de Curso – Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Direito, 2013.

CAPÍTULO 5

Aline Maciel São Paulo Paixão

Angélica Araújo de Menezes

Bruno Guimarães de Almeida

Lisiane Bôer Possa

Luciano de Paula Moura

Mario Roberto Dal Poz

Talita Castro Garcia Matteoni

Planejando as estratégias para provimento de trabalhadores: O dimensionamento da Força de Trabalho no SUS – Bahia

A improvisação domina nosso
dia-a-dia e a cegueira enevoa
o caminho pelo qual trafegamos,
até onde, não sabemos.

Carlos Matus

PLANEJANDO AS ESTRATÉGIAS PARA PROVIMENTO DE TRABALHADORES: O DIMENSIONAMENTO DA FORÇA DE TRABALHO NO SUS – BAHIA

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento de conhecimentos e práticas na área da gestão do trabalho é um desafio para as instâncias de gestão do SUS, das redes e pontos de atenção em saúde. Neste capítulo apresentamos a experiência de dimensionamento de força de trabalho em saúde desenvolvida na Secretaria Estadual de Saúde da Bahia (Sesab), parte de um conjunto de iniciativas na área de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (GTES) implementadas nas duas primeiras décadas de 2000 neste Estado.

Trata-se de relatar o que foi testemunhado, provocado, vivenciado, produzido, o arriscar-se e o atravessar a “fluidez da experiência viva e vivida” (VARELA, 2003, p.74), reconhecendo que é no experimentar que produzimos conhecimento e aprendizado que se apresenta como “(...) uma forma singular de estar no mundo, que é por sua vez uma ética (um modo de conduzir-se) e uma estética (um estilo)” (BONDIA, 2002, p.27).

Pretende-se, portanto, destacar o que afetou os sujeitos, as práticas e a construção dos saberes e fazeres na Sesab. Para o registro dessa experiência foram utilizados documentos e estudos formulados pela e sobre a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia e os depoimentos das pessoas implicadas com as experimentações realizadas nas temáticas de GTES, em geral, e especificamente no dimensionamento de força de trabalho em saúde. Ou seja, a partir da convicção de que o que “nos passa, o que nos acontece, o que nos toca” (BONDIA, 2002, p.21) é conhecimento com e para as práticas, é que esse estudo pretende, generosamente, contribuir para o desenvolvimento da GTES no cotidiano dos trabalhadores, gestores e usuários do SUS.

ENFOQUES E ABORDAGENS NA GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE

Várias abordagens de análise de políticas públicas sinalizam que as instituições e processos, os atores, suas estratégias, interesses e ideias, assim como os fatores externos são variáveis fundamentais para compreender como uma política se desenvolve. Possibilitam investigar a entrada de questões na agenda, a escolha de alternativas, os processos decisórios, a implementação e a avaliação das políticas (OSTROM, 2007; SABATIER, 2007; SCHLAGER, 2007; TRUE; JONES; BAUMGARTNER, 2007; ZAHARIADIS, 2007).

O conceito de políticas públicas aqui adotado refere-se ao que os Governos decidem fazer ou não fazer (DYE, 1984) e ao que necessitam para que a atuação governamental se realize (NELSON, 2001). Considerando que a política pública está diretamente relacionada com o que o Estado faz ou deixa de fazer, ou seja, com a análise e proposição da ação do Estado, a relação entre este e os grupos de interesse – atores individuais e coletivos que defendem certa visão sobre a política – é uma questão-chave na compreensão, formulação e implementação e avaliação das políticas públicas.

São políticas públicas de gestão, planejamento, dimensionamento e regulação da força de trabalho que possibilitam a formação, distribuição, contratação, vínculo, remuneração, avaliação, capacitação, proteção social e da saúde dos trabalhadores, enfim do trabalho decente em saúde. Trabalho em que sejam asseguradas a liberdade, equidade e segurança, garantido o direito ao trabalho como fator de desenvolvimento para todos, com proteção social constituída por redes de suporte em situações de vulnerabilidade, ofertado em condições justas e dignas, com remuneração apropriada e superação de todas as formas de discriminação, ancorado no diálogo e na participação e, promotor de saúde, de vida digna e de felicidade (ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO, 2021).

O trabalho é considerado um processo dinâmico inscrito no contexto produtivo e relacional que é atravessado e influenciado pelos interesses diversos dos atores/sujeitos que interagem para a sua produção e que revelam os projetos singulares, seja aqueles que refletem “subjetividades solidárias” ou “subjetividades capitalísticas” (FRANCO; MERHY, 2009). O objeto trabalho em saúde e educação em saúde é resultado das modelagens tecnoassistenciais. Estas referem-se à forma de produzir gestão de processos políticos, organizacionais e do trabalho. Trata-se da configuração tecnológica do trabalho como política e executada em situações concretas de ensino e cuidado (MERHY, 2002).

Nas diferentes perspectivas sobre o trabalho em saúde, modelagens tecnoassistenciais e, conseqüentemente, à gestão e a regulação do trabalho e da educação, pode-se identificar duas abordagens adigmáticas distintas, uma delas **normativa e corporativa** e outra **relacional e coletiva**.

A primeira restringe-se à **prescrição normativa** para toda e qualquer realidade. A organização do trabalho, a quantidade de trabalhadores e, as competências e habilidades de cada profissão são definidas à priori - através de normatização, indicadores e parâmetros - com base num trabalho previamente definido para as especialidades e núcleos profissionais a partir das regras e normas corporativas e administrativas que são externas ao contexto em que o trabalho acontece e as experiências dos trabalhadores. Tem como base a modelagem centrada em procedimentos, especialidades e profissões, bem como o gerencialismo dos recursos humanos que desconsidera as necessidades de cuidado e a possibilidade concreta da sua produção no cotidiano e que é também orientadora da formação dos trabalhadores de saúde (POSSA, et al., 2020).

A GTES, nesta perspectiva, tem **enfoque normativo e gerencialista**, centrada na gestão por estrutura de mando, na prescrição sobre a organização do trabalho através de protocolos, normas e regras que “(...) capturam o trabalho vivo, ou seja, retiram a liberdade do trabalhador e aprisionam seus atos assistenciais e de cuidado em um padrão previamente concebido. E a gestão tem instrumentos reais ou simbólicos que atuam “enquadrando os trabalhadores” (FRANCO, s/d, s/n).

A segunda abordagem considera a tradução das demandas de força de trabalho e da GTES como resultado da articulação e organização do trabalho e do cuidado que tem como base as tecnologias **relacionais centrada nas ne-**

cessidades de cuidado dos territórios. Reconhece que o cuidado das pessoas se viabiliza na medida em que o trabalhador possa acessar, em cada contexto, as condições de trabalho, as ferramentas e as redes de relações necessárias de forma que os recortes, delimitações e organização do trabalho, ocorram a partir da negociação acerca de como responder às necessidades percebidas nos encontros com as pessoas e coletividades, ou seja, o trabalho e a GTES como construção coletiva (POSSA, et al., 2020). Nesta concepção a GTES tem o desafio de “(...) colocar a ‘potência andante’ que é o trabalhador, a serviço do cuidado em saúde (...), o seu projeto [da GTES] para o cuidado em saúde será viável, se for também um projeto do próprio trabalhador.” (FRANCO, s/d, s/n).

O trabalho em saúde não se produz exclusivamente a partir do conhecimento e da técnica já formulados, em especial porque se depara cotidianamente com demandas complexas e que não se restringem ao topo da densidade tecnológica e a hiper-especialização (FERLA et al., 2020). Esta complexidade foi explicitada na Pandemia de Covid-19, contexto no qual foi evidenciado: a relevância dos trabalhadores de saúde tanto para responder à emergência da saúde, quanto para a manutenção dos serviços essenciais à população; as deficiências crônicas de planejamento, orçamento e gestão para prover força de trabalho em número suficiente, bem treinados e onde são necessários e; a importância das competências e habilidades para o trabalho das equipes interprofissionais para atuar em ambientes de trabalho seguros e saudáveis.

Na sequência será apresentada a agenda do trabalho em saúde na conjuntura mundial e brasileira e, em seguida a caracterização da Secretaria Estadual da Saúde Bahia, contexto da experiência aqui relatada, destacando a formulação e implementação de políticas, práticas, estratégias, metodologias e tecnologias de dimensionamento de força de trabalho e, por fim, apresenta-se uma proposta de agenda para fortalecer o planejamento e dimensionamento da força de trabalho em saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) na Bahia.

A AGENDA DO TRABALHO EM SAÚDE NO CONTEXTO MUNDIAL E BRASILEIRO

O equacionamento das questões relativas ao trabalho em saúde é reconhecidamente um dos temas mais relevantes para a construção de sistemas universais de saúde no mundo. A Assembleia Mundial de Saúde de 2016, em consonância com o objetivo do desenvolvimento sustentável – Agenda 2030 de “Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades” (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2015), aprovou a “Estratégia mundial de recursos humanos para a saúde: profissionais da saúde 2030” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2021). Esse documento foi à base para a elaboração d “Estratégia de recursos humanos para o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde”, apresentada e debatida na 29ª Conferência Sanitária Pan-Americana, em 2017, a partir do diagnóstico da área, apontando-se que:

Persistem iniquidades na disponibilidade, na distribuição e na qualidade dos profissionais da saúde (entre os países e internamente, entre os níveis de atenção e entre os setores público e privado), retenção escassa em áreas rurais e desassistidas, altas taxas de mobilidade e migração, bem como precariedade nas condições de trabalho, baixa produtividade e qualidade do desempenho limitada, o que impede a expansão progressiva dos serviços, sobretudo na atenção primária (38-40). Onde os recursos humanos para a saúde existem, eles nem sempre têm o perfil e as competências adequadas ou o enfoque intercultural, nem tampouco se encontram sempre no lugar e no momento adequados para melhorar a saúde das comunidades a que servem (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2017, p. 3).

Todos esses são problemas e objetivos concretos para a GTES, que demandam produção de conhecimentos e desenvolvimento de tecnologias e inovações, que subsidiem e qualifiquem as intervenções nesta área, principalmente tendo em vista o fortalecimento de sistemas públicos de saúde, como é o caso do SUS.

Iniciativas para a adequação da força de trabalho e a organização das práticas nos serviços de saúde vêm sendo desenvolvidas no Brasil desde as décadas de 50 e 60 do século XX. No entanto, dado a incipiência das práticas durante a primeira metade da década de 1960, os métodos de planejamento da força de trabalho em saúde (PFTS) deram lugar às ações direcionadas às questões da administração e legislação sanitária, orçamentárias e organizativas do sistema de saúde brasileiro (SECAF e SANNA, 2003 apud MOURA, 2014).

Diferente das anteriores, a década de 1970, foi marcada por estudos e projetos considerados, por muitos autores, como um marco no PFTS (RIBEIRO, 1972; PREPS, 1976; ATALÁ et al., 1978; DAL BEN e SOUZA, 2008; LAUS e ANSELMINI, 2004; ANTUNES e COSTA, 2003; GAIDZINSKI e KURCGANT 1998). Esses estudos e projetos vieram a subsidiar diversos outros métodos nos períodos seguintes, colaborando para a manutenção da característica normativa e corporativa no planejamento e gestão da força de trabalho.

Nos anos 80 do século XX, a partir da perspectiva de unificação do sistema de saúde e de experiências de expansão dos serviços básicos, através dos programas de extensão de cobertura, novas ideias ganharam força. Protagonizado pelo movimento da Reforma Sanitária, ocorreu à implantação do Sistema Descentralizado e Unificado de Saúde (Suds) e, posteriormente, o Sistema Único de Saúde (SUS). A formulação da organização do SUS, previstas na Constituição de 1988 e nas leis complementares que embasaram a sua criação, tiveram como princípios a universalidade do direito à saúde, a integralidade e equidade na atenção e como diretrizes a descentralização, a regionalização e a participação social, e atribuíram ao SUS a responsabilidade sobre a ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde.

A necessidade de elaboração de uma política de recursos humanos para responder à problemática de inserção de pessoal nas instituições de

saúde tinha sido discutida durante a 8ª CNS e foi retomado na 1ª Conferência Nacional de Recursos Humanos, evento que colocou e debateu a “Política de Recursos Humanos Rumo à Reforma Sanitária”, transcendendo as questões corporativas e auxiliando na construção de um pensamento crítico na perspectiva do trabalhador de saúde, ideias que vieram a se concretizar, após sucessivas discussões, na elaboração da Nob-RH/SUS, e nos princípios e diretrizes da Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação para o Trabalho na Saúde, durante a 12ª CNS, realizada em 2003.

Considerando o caráter federativo do SUS, cabe destacar que estados e municípios passaram a serem os responsáveis pela organização e gestão dos serviços, aumentando, também, na formulação, implementação e avaliação das políticas relativas à educação e trabalho em saúde (CONASS, 2015; FRANÇA, 2017; MAGNAGO, 2017; JORGE et al., 2007; JUNQUEIRA et al., 2010; MENDONÇA et al., 2010; RAMOS et al., 2009; RAMOS; POSSA, 2016; VIANA; MARTINS; FRAZÃO, 2018).

De fato, a expansão da Atenção Básica e das Redes de Atenção, que ampliam a oferta com o objetivo de garantir acesso e qualidade do cuidado, demandaram das instituições e atores locais, tanto da saúde como da educação, que a provisão da oferta e o dimensionamento da demanda, portanto, o planejamento da força de trabalho entrasse na agenda (CECCIM, 2005; CAMPOS; MACHADO; GIRARDI, 2009; CARVALHO; SOUZA, 2013). Com isso, expandiram-se as relações entre as instituições formadoras, secretarias municipais, estaduais, serviços e conselhos de saúde, que incorporaram a educação permanente, a formação dos trabalhadores e a gestão do trabalho ao debate articulado pelas Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (Cies) (FRANÇA, 2017; MAGNAGO, 2017). Ou seja, a gestão do trabalho ganhou destaque no processo político em saúde, porquanto tem como tarefa prover a força de trabalho, criar condições para a prestação de serviços de saúde, garantir o cuidado dos trabalhadores em seus processos e relações de trabalho e a qualidade dos resultados do trabalho em saúde (BRASIL, 2005).

No entanto, apesar da gestão do trabalho ter sido colocada na agenda política da saúde, observou-se, ao longo dos anos 90, que o investimento nos trabalhadores foi inversamente proporcional à ampliação da rede de atenção à saúde e às necessidades do sistema, não correspondendo ao grau de importância que representava para a consolidação do SUS (BRASIL, 2005). Além disso, aponta-se que a problemática do trabalho em saúde estava relacionada à baixa institucionalização e sistematização dos conhecimentos e das práticas nos sistemas e nas organizações de gestão do trabalho e educação local (CARVALHO; SANTOS; CAMPOS, 2013; CONASS, 2015).

Como estratégia de fortalecimento da gestão do trabalho e educação na saúde, o Ministério da Saúde (MS), em 2003, cria a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (Sgtes), constituída por dois departamentos, o de Gestão da Educação na Saúde (Deges) e o de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (Degerts), induzindo a inclusão das pautas nas gestões estaduais e municipais e a discussão para estabelecimento de uma

adequada política para os trabalhadores, convocando, dessa forma, os gestores do SUS ao desenvolvimento das ações propostas (BRASIL, 2006).

Ainda, em 2005, o MS definiu como uma de suas prioridades a estruturação de diretrizes para elaboração e execução da Política Nacional de Gestão do Trabalho no SUS, com o objetivo de democratizar as relações de trabalho, tanto no setor público como no privado. Apesar da referida Política indicar a necessidade de se institucionalizar o planejamento da força de trabalho, pouco se produziu em termos de concepções e métodos, sendo escassas as experiências de dimensionamento das necessidades de pessoal, que levem em conta a identificação das necessidades de saúde, a capacidades das redes e pontos de atenção nos territórios e aos distintos mecanismos de contratação, distribuição, tipos de vínculos e remuneração da FTS.

Nesse sentido, cabe enfatizar que as questões relativas ao planejamento, gestão e qualificação da força de trabalho em saúde estão profundamente atreladas a contextos variáveis e complexos, que não são facilmente equacionados e resolvidos. No momento atual, com a Pandemia da Covid-19, esta problemática se acentuou, dando visibilidade ao tema do trabalho em saúde e a necessidade de investimentos nos trabalhadores.

A Organização Mundial da Saúde definiu, assim, que 2021 seria considerado o “Ano Internacional dos Trabalhadores da Saúde e Assistência”, lançando a campanha “Proteja, Invista, Juntos” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2021), reconhecendo a importância dos que constituíram a linha de frente do enfrentamento da pandemia no ano de 2020.

Nesse contexto é que se inscreve a experiência da Sesab, e especialmente a elaboração deste capítulo, expressão do esforço que vem sendo feito para ampliar a capacidade institucional de desenvolvimento do planejamento e da gestão do trabalho e da educação na saúde, em suas dimensões quantitativa e qualitativa, de modo a atender, de forma satisfatória, as demandas e necessidades da população.

CONTEXTUALIZANDO A GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA

O estado da Bahia, maior da região nordeste e quinto do país em extensão territorial, organiza-se político administrativamente em 417 municípios divididos em 28 regiões de saúde que se aglutinam em 09 macrorregiões: leste (48 municípios), centro-leste, (72 municípios), oeste (37 municípios), centro-norte (38 municípios), norte (28 municípios), nordeste (33 municípios), sudoeste (73 municípios), sul (67 municípios) e extremo-sul (21 municípios); e 09 Núcleos Regionais de Saúde. Possui população de 14.930.634 habitantes, estimados para 2020, constituindo-se o quarto mais populoso da federação, concentrando 7,3% do total de habitantes do país (IBGE, 2011, 2020; BAHIA, 2014).

A Sesab, criada pela Lei nº 2.321 de 11 de abril de 1966, tem como finalidade a formulação da Política Estadual de Saúde, a gestão do Sistema Estadual de Saúde e a execução de ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde, em consonância com os dispositivos legais do SUS. Para tanto, possui uma rede de saúde formada por 54 unidades, sob gestão direta e indireta (organizações sociais), distribuídas em 27 Hospitais gerais, quatro hospitais especializados, três hospitais psiquiátricos, cinco maternidades, seis centros de referência, três Unidades de Emergência e cinco Unidades de Pronto Atendimento. Apesar do grande número de equipamentos de saúde geridos pelo estado verifica-se uma distribuição irregular nas macrorregiões, sendo a macrorregião leste (onde se localiza a capital do estado) a que apresenta maior concentração de serviços em saúde enquanto que as macrorregiões Centro-Norte, Extremo-Sul, Nordeste, Norte e Oeste apresentam menor concentração (BAHIA, 2014).

Ainda na esfera da gestão indireta, a Sesab possui uma fundação pública responsável pela gestão da Política de Sangue, Componentes e Hemoderivados e execução das ações de hematologia e hemoterapia no Estado da Bahia. A Hemorrede Pública Estadual é composta por 29 unidades, distribuídas nas nove macrorregiões de saúde.

No âmbito da associação pública, o estado participa dos Consórcios interfederativos de saúde, estruturas responsáveis pela gestão e operacionalização de 20 Policlínicas distribuídas nas seguintes regiões: Teixeira de Freitas, Guanambi, Irecê, Jequié, Feira de Santana, Alagoinhas, Santo Antônio de Jesus, Valença, Paulo Afonso, Juazeiro, Vitória da Conquista, Jacobina, Itabuna, Senhor do Bonfim, Camaçari (Simões Filho), Barreiras, Porto Seguro (Eunápolis), Brumado, Ribeira do Pombal e Itaberaba. Há a previsão de implantação de mais 5 policlínicas em Serrinha, Santa Maria da Vitória, São Francisco do Conde e duas em Salvador.

A robusta rede assistencial apresentada demonstra o esforço do estado da Bahia na ampliação do acesso à saúde para sua população, que, em parte, só tem sido possível devido aos processos de regionalização e descentralização da gestão da saúde e ao repasse financeiro fundo a fundo do Governo Federal. Na Bahia, tal processo começou a ganhar corpo a partir da Norma Operacional Básica de 1996 quando o estado superou os 25 municípios habilitados, até então, para 351 municípios habilitados em um período de dois anos (GUIMARÃES, 2003, p.18). No entanto, é somente após a edição das Normas Operacionais da Assistência à Saúde 2001 e 2002 que, entre outras coisas, estabeleciam diretrizes para o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS e atualizavam os critérios de habilitação dos estados (gestão avançada do sistema estadual e gestão plena do sistema estadual) que a Bahia assume, em 2003, a Gestão Plena, permitindo ao gestor estadual maior autonomia para a condução do sistema estadual de saúde (BAHIA, 2012, p.46).

Destaca-se que, complementarmente aos investimentos na ampliação do acesso aos serviços de saúde, a Sesab também tem investido na área de Gestão do Trabalho. A chegada do Partido dos Trabalhadores ao governo

do estado, em 2007, colaborou com a estruturação de ações/estratégias de valorização do trabalho e do trabalhador. Na Sesab, a área responsável pela gestão do trabalho e educação na saúde é a Superintendência de Recursos Humanos (Superh) por meio de suas diretorias: Diretorias de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (Dgtes), Diretoria de Administração de Recursos Humanos e Escola de Saúde Pública da Bahia Prof. Jorge Novis (Espba).

O contexto de transição política, marcado por tensões quanto à ruptura na forma de tratar as demandas dos trabalhadores, abriu espaço para o diálogo entre a gestão e os trabalhadores. Essa iniciativa favoreceu o diagnóstico da GTES no estado levando a elaboração da Política de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, em que a construção e elaboração de Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos era visto como estratégia de despreciação das relações de trabalho e garantia de direitos aos trabalhadores.

Nesse sentido, a implantação da Mesa de Negociação Permanente - setorial saúde oportunizou a discussão de pautas anteriormente desprezadas pela gestão, entre elas, a revisão da carreira dos servidores na secretaria. Em fevereiro de 2009 a publicação da Lei nº. 11.373 instituiu o novo Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos (PCCV) da Sesab, inserindo na agenda, a necessidade de elaboração de um “Plano de Desenvolvimento Institucional da Sesab, no qual, deveria conter o desenvolvimento das necessidades institucionais, com modelos de avaliação de vagas que contemplem a diversidade da Sesab” (BAHIA, 2009; MAGNAGO et al., 2017).

Uma outra ação muito importante para o fortalecimento da gestão do trabalho no estado foi a convocação de 2.507 trabalhadores aprovados no concurso público Saeb nº 02/2005 (correspondente ao número de vagas previstas no edital), bem como a realização do concurso Saeb nº 02/2008, com convocação de 6.023 profissionais (quantitativo 07 vezes maior do que as 852 vagas previstas no edital), o que implicou um aumento da força de trabalho com vínculo direto com o executivo estadual.

Assim, a Sesab dispõe, atualmente, de 15.681 trabalhadores com vínculo diretos com o executivo estadual, sendo 12.196 estatutários, 1.352 cargos em comissão, 1.642 cedidos a outros órgãos e/ou ente federado e 491 sob Regime Especial de Direito Administrativo (Reda). No entanto, faz-se necessário pontuar que, embora tenham sido de grande importância, os dois concursos públicos não foram suficientes para suprir a real necessidade do sistema frente a ampliação da rede de atenção à saúde do estado e as necessidades da população.

Esse contexto levou a inserção da pauta dimensionamento para instrumentos de planejamento da secretaria - Plano Estadual de Saúde e Programação Estadual de Saúde - contemplados no compromisso assumida pela Superh e pactuado como iniciativa e meta pela Dgtes. O que gerou a necessidade de experimentações de diferentes métodos e propostas metodológicas pela equipe a fim de construir uma parametrização própria que respondesse às demandas da gestão e das unidades.

DIMENSIONAMENTO DA FORÇA DE TRABALHO EM SAÚDE NA Sesab

Dimensionar é identificar o quantitativo adequado de trabalhadores competentes (habilidade, vontade e conhecimento necessário para o desempenho da função almejada), a fim de proporcionar a produção pactuada, com a qualidade desejada, de forma sustentável e de acordo com os padrões de qualidade exigidos pela instituição, bem como, de seu projeto institucional (MENEZES, 2021). Sendo assim, o dimensionamento constitui um processo de fundamental importância para qualificar o planejamento de pessoal na organização, subsidiar as negociações de recomposição da força de trabalho, bem como para responder às diversas recomendações recebidas dos órgãos de fiscalização e controle, ou seja, é uma:

[...] estratégia capaz possibilitar maior campo de análise, não só das questões quanti e qualitativas de pessoal, mas também, de todo o processo que envolve o cotidiano dos serviços. Sendo capaz, de subsidiar diferentes etapas do gerenciamento da força de trabalho na saúde, ao lidar com problemas reais do serviço público, entre eles, a sobrecarga de trabalho, o déficit de pessoal, o não cumprimento de carga horária, o absenteísmo, a capacidade instalada, os desvios de função, a não sistematização e organização dos processos de trabalho, a insuficiência de parâmetros e a multiplicidade de vínculos (BAHIA, 2012).

O relato apresentado a seguir, considera três períodos distintos do processo de formulação e implementação do dimensionamento da força de trabalho na SES/BA: a articulação das primeiras experiências; a institucionalização normativa; e a consolidação de práticas e metodologias próprias.

PRIMEIRAS EXPERIÊNCIAS DE DIMENSIONAMENTO DA FTS

As primeiras experiências na Sesab que guardam certa semelhança com Planejamento da Força de Trabalho em Saúde (PFTS) desenvolvido hoje na Secretaria, datam do período de institucionalização das carreiras que integram o Grupo Ocupacional Serviços Públicos de Saúde (Gosps), que ao serem criadas eram quantificadas em postos de trabalho. Não há registro institucional deste processo, em geral coordenado pela Secretaria da Administração do Estado (Saeb), que utilizava métodos e parâmetros tradicionais de racionalização do trabalho na administração pública.

Com o advento do Sistema de Informação de Recursos Humanos (SIRH), a Sesab iniciou um processo de discussão com as unidades da rede assistencial para adequação do quantitativo existente e do necessário da força de trabalho na saúde. Isto porque o sistema em questão possibilitava a simulação

da necessidade de pessoal, de acordo com o quadro constante nas legislações que estabeleciam as carreiras e na demanda de trabalhadores apontadas pelas unidades de saúde. De todo modo, esta metodologia apresentava fragilidades, posto que os gestores dos serviços sempre demandavam um número superior ao necessário de trabalhadores para contratação. Esse processo seguiu vigente na instituição até 2007, ano que marca o início dos investimentos do governo estadual na política de gestão do trabalho na saúde.

A partir de 2008, através do trabalho desenvolvido na Superintendência de Atenção Integral à Saúde (Sais) por meio da Diretoria de Gestão da Rede Própria (Dgrp), posteriormente, subsidiados pelo método proposto por uma consultoria, avaliado em um projeto piloto, pela Dgtes, a Sesab inicia o processo de estruturação desta agenda no estado. Ao passo que a Sesab realizava seus estudos iniciais, a Saeb, também estruturava uma coordenação para se apropriar do tema no âmbito do executivo estadual.

Tais experiências foram importantes para ampliar a discussão sobre o PFTS, além de unir as equipes responsáveis pelo dimensionamento da Dgtes e Dgrp, a partir da formação, em 2009, de grupo de trabalho, o que resultou na construção de uma primeira proposta para o dimensionamento da força de trabalho na Sesab, que levava em conta, além do tipo de cuidado prestado nos diferentes setores da instituição, a importância do trabalho multidisciplinar, no qual a cooperação e o trabalho em equipe estimulam a superação da fragmentação e dos individualismos.

Ressalta-se que, desde 2008, com a abertura de novas unidades de saúde, implantação de novos serviços nos equipamentos existentes na rede própria do estado, bem como da inserção do tema nos debates em mesas de negociação, relatórios e ações civis públicas geradas pelos órgãos de fiscalização e controle, aumentou-se o interesse governamental pelo dimensionamento da força de trabalho em saúde.

No entanto, apesar dos esforços realizados nas áreas de Gestão do trabalho e de Gestão da rede própria nesse sentido, o que se via no cotidiano dos serviços era a execução do PFT de forma tradicional, com base nas percepções dos chefes, negociações com a administração da organização, gerando tentativas sucessivas de acertos/erros, que geralmente conduziam a resultados questionáveis, seja do ponto de vista da instituição, seja sob a ótica dos empregados, acarretando grandes perdas de produtividade, por causa do subdimensionamento de pessoal ou elevados custos, pelo excesso de trabalhadores (MENEZES, 2021).

INSTITUCIONALIZAÇÃO NORMATIVA

Compreendendo a importância deste tema para o desenvolvimento da Gestão do Trabalho no SUS-BA, a Sesab através da Lei 11.373/2009, que reestrutura o Grupo Ocupacional Serviços Públicos de Saúde (Gosps), tornou obrigatória a realização do dimensionamento da força de trabalho, conforme art. 32, inc. § 1º - I da referida Lei:

I - O dimensionamento das necessidades institucionais, com definição de modelos de alocação de vagas que contemplem a diversidade da Sesab (BAHIA, 2009).

Nota-se, portanto, a existência de discussão e a permanência na agenda de governo da prática do dimensionamento como estratégia auxiliar no provimento e lotação dos seus servidores. Essa discussão levou, em 2009, a constituição de um grupo de trabalho formado por integrantes da Dgtes e da Diretoria de Gestão da Rede Própria (Dgrp), culminando com a contratação de uma consultoria, em 2010, para dimensionar a força de trabalho em seis unidades da rede própria¹.

Estas unidades foram escolhidas estrategicamente em função de fazerem parte da rede de atenção a urgência/emergência do estado, da rede de atenção à saúde da mulher (uma maternidade) e um hospital geral, este último por apresentar um perfil de oferta com maior número de especialidades, favorecendo o dimensionamento abrangente das diversas categorias profissionais lotadas nos vários setores hospitalares, possibilitando aprofundamento da metodologia e replicação para outras unidades da rede.

A metodologia adotada baseou-se na publicação *“Parâmetros para o Planejamento e Dimensionamento da Força de Trabalho em Hospitais Gerais”* (MAEDA e COELHO, 2006), que considera como fatores determinantes do modelo assistencial a política de saúde, política de pessoal, porte e grau de complexidade do hospital e um conjunto de variáveis gerais relativas à FTS como dias de trabalho, folgas, feriados, taxa de natalidade, horas contratuais, jornada de trabalho, dias de funcionamento, e específicas, baseadas nos parâmetros assistenciais publicados em portarias. Para o cálculo utilizou-se como parâmetros a hora assistencial, a jornada de trabalho, o número de leitos, dias de funcionamento da unidade, produção, capacidade instalada e Índice de segurança técnica. No entanto, não há uma diferenciação pelo tipo de cuidado, apenas uma proporção da relação do número de enfermeiros e técnicos, diferenciados entre internação e UTI.

Em 2011, por meio da contratação de três técnicos, esta metodologia foi replicada em mais nove unidades² incluindo hospitais gerais, especializa-

1 - Hospital Geral do Estado - HGE, Hospital Geral Roberto Santos - HGRS, Hospital Geral Manoel de Faria - HGMF, Hospital Manoel Vitorino - HMOV, Instituto de Perinatologia da Bahia - Iperba e Centro de Prevenção e Reabilitação da Pessoa com Deficiência -Cepred.

2 - Hospital Geral Ernesto Simões Filho, Hospital Especializado Mario Leal, Hospital Geral Clériston Andrade, Hospital João Batista Caribé, Hospital Geral de Camaçari, Hospital Especializado Octávio Mangabeira, Hospital Couto Maia, Hospital Especializado Juliano Moreira e Maternidade Tsylla Balbino).

dos e maternidades, que apresentavam maior necessidade de suprimento de pessoal, além de unidades da rede de atenção à saúde mental, uma vez que na consultoria foram pouco aprofundados.

Em 2012, a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia formulou a Política Estadual de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (Pegtes), apontando algumas questões que dificultavam a implantação de ações de gestão do trabalho e educação na saúde no estado e reafirmando seu papel no ordenamento da formação dos trabalhadores e na transformação das práticas de atenção à saúde através da gestão do trabalho. Com base nessa política, foram estruturadas cinco grandes linhas de ação: regionalização e descentralização da Pegtes; consolidação da educação na saúde; consolidação da gestão do trabalho em saúde; gestão e qualificação do Sistema de Informação para a Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (Sigtes); e desenvolvimento de estratégias de comunicação (BAHIA, 2012).

CONSOLIDAÇÃO DE PRÁTICAS E METODOLOGIAS PRÓPRIAS

Em 2015, a Diretoria de gestão do Trabalho aceitou o desafio de construir diretrizes metodológicas para elaboração de parâmetros de DFT por demanda da Diretoria de Vigilância Sanitária e Ambiental (Divisa), que solicitou o dimensionamento dos técnicos da Coordenação de Fiscalização, Investigação e Regulação (Cofir-Divisa) responsáveis pela fiscalização dos serviços de diálise da Bahia.

Para isso, entre dezembro de 2015 e agosto de 2016, foram organizadas várias oficinas de trabalho com objetivo de conhecer a Cofir-Divisa, traçar o caminho metodológico a ser construído e definir as áreas a serem priorizadas para a definição de parâmetros úteis para o dimensionamento. Para definir as etapas na construção do método foram realizadas:

- oficinas com assessoria, coordenação e representantes dos trabalhadores da Cofir, onde a Dgtes passou a conhecer a Cofir/Divisa e alinhar a metodologia a ser utilizada no processo;
- oficinas com os técnicos de vigilância sanitária para a construção dos parâmetros de DFT da equipe que realiza a fiscalização dos serviços de diálise;
- reuniões da Dgtes para planejamento das atividades e elaboração dos caminhos metodológicos e a sistematização e análise dos produtos das oficinas, a fim de construir os parâmetros, definir a métrica de cálculo e apresentar os parâmetros de DFT da equipe de fiscalização dos serviços de diálise.

Em 2017 a Dgtes inicia novo ciclo de oficinas, inicialmente de forma intuitiva e, a partir de 2018, alicerçados pelo método *Workload Indicators of Staffing Need*, que calcula o quantitativo necessário de trabalhadores de saúde por categoria profissional e a carga de trabalho de atividade a qual estão submetidos em um determinado serviço de saúde (OMS, 2014). Assim, foi possível efetuar o levantamento de atividades, indicadores e parâmetros de fonoaudiólogos, farmacêuticos hospitalares, farmacêuticos bioquímicos, assistentes sociais e odontólogos, para os diversos tipos de unidades de saúde sob gestão da Sesab. Em 2019, com base em todos os passos metodológicos do WISN, foram dimensionados os médicos obstetras plantonistas em uma das unidades, ratificando assim, a importância e adaptabilidade do método.

Ainda em 2017, foi feito, por solicitação da direção da Sesab, o dimensionamento emergencial de todas as unidades da rede própria, o que levou a realização de oficinas por categoria profissional, bem como à aplicação dos indicadores e parâmetros identificados pela equipe da Dgtes no dimensionamento das unidades de saúde que compõem esta rede. No entanto, como a construção de indicadores e parâmetros locais ainda estava iniciando, foram utilizados, de forma complementar, aqueles validados em outras experiências e/ou normativos técnicos. As experiências de dimensionamento, das unidades da rede própria da Ses/BA estão listadas no Quadro I.

Quadro I – Dimensionamento das Unidades da Rede própria da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia por ano de dimensionamento

UNIDADES DE SAÚDE SOB GESTÃO DIRETA	ANO DO ESTUDO	FORÇA DE TRABALHO DIMENSIONADA
Hospital Geral do Estado	2017, 2019	Equipe Multiprofissional ^A
Hospital Geral Ernesto Simões Filho	2017, 2021	Equipe Multiprofissional ^A
Hospital Geral Menandro de Faria	2017, 2018	Equipe Multiprofissional ^A
Centro de Parto Humanizado João Batista Caribé	2018	Equipe Multiprofissional ^A
Instituto Couto Maia	2018	Equipe Multiprofissional ^A
Hospital Especializado Otávio Mangabeira	2018, 2021	Equipe Multiprofissional ^A
Hospital Geral Clériston Andrade	2017	Equipe Multiprofissional ^A
Hospital Geral Luiz Viana Filho	2017	Equipe Multiprofissional ^A
Hospital Geral de Ipiatú	2017	Equipe Multiprofissional ^A
Hospital Geral de Vitória da Conquista	2017, 2018	Equipe Multiprofissional ^A
Hospital Geral Prado Valadares	2017, 2018	Equipe Multiprofissional ^A
Hospital Regional de Guanambi	2017	Equipe Multiprofissional ^A
Hospital Geral de Camaçari	2018	Equipe Multiprofissional ^A
Centro Estadual de Oncologia	2019	Equipe Multiprofissional ^A
Maternidade Tsylla Albino	2017, 2018	Equipe Multiprofissional ^A
Maternidade Albert Sabin	2018	Equipe Multiprofissional ^A

UNIDADES DE SAÚDE SOB GESTÃO DIRETA	ANO DO ESTUDO	FORÇA DE TRABALHO DIMENSIONADA
Instituto de Perinatologia da Bahia	2018,2021	Equipe Multiprofissional ^A
Centro Estadual de Oncologia	2021	Equipe Multiprofissional ^A
Maternidade Maria da Conceição de Jesus	2021	Equipe Multiprofissional ^A Equipe administrativa Equipe Gestora
Unidade de Emergência Gercino Coelho	2021	Equipe Multiprofissional ^A
UNIDADES DE SAÚDE SOB GESTÃO INDIRETA	ANO DO ESTUDO	FORÇA DE TRABALHO DIMENSIONADA
Hospital Regional De Juazeiro	2018	Equipe Multiprofissional ^A
Hospital Municipal Prof. José Maria De Magalhães Neto	2017	Equipe Multiprofissional ^A
Hospital Geral Santa Tereza	2017	Equipe Multiprofissional ^A
Hospital Da Mulher	2019	Equipe Multiprofissional ^A
Hospital Regional Costa Do Cacau	2017, 2018	Equipe Multiprofissional ^A
Hospital Geral Santa Tereza	2021	Equipe Multiprofissional ^A Equipe Gestora
Hospital da Mulher de Ilhéus	2021	Equipe Multiprofissional ^A Equipe Administrativa Equipe Gestora

Equipe Multiprofissional^A: Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Médico, Fisioterapeuta, Assistente Social, Fonoaudiólogo, Psicólogo, Terapeuta Ocupacional, Nutricionista, Farmacêutico Bioquímico, Técnico de Laboratório, Farmacêutico Hospitalar, Auxiliar de Farmácia, Técnico de Radiologia.

Observa-se que no período de 2017 a 2021 várias unidades passaram por processos de dimensionamento da força de trabalho. Com a crescente demanda por esses estudos na Sesab, identificou-se a necessidade de desenvolvimento de sistema informatizado. Assim, iniciou-se, em janeiro de 2017, a construção do Sistema Integrado de Gestão do trabalho na saúde (Sigts), apostando em uma metodologia ágil de desenvolvimento de software³, responsável pela celeridade na construção do projeto, a qual é indicada como opção às abordagens tradicionais, uma vez que essa se desenvolveu em um esforço para sanar fraquezas reais e perceptíveis da engenharia de software convencional (PRESSMAN apud CONCEIÇÃO E SILVEIRA, 2015).

A implantação do Sigts marca um avanço na gestão dos trabalhadores da saúde, porquanto este sistema está inserido em um conjunto maior

3 - Processos de desenvolvimento ágeis de softwares são projetados para criar um sistema útil rapidamente. Geralmente, são processos iterativos nos quais a especificação, o projeto, o desenvolvimento e o teste são sequenciados. O software não é desenvolvido e disponibilizado integralmente, mas em uma série de incrementos, e cada incremento inclui uma nova funcionalidade do sistema (SOMMERVILLE apud CONCEIÇÃO E SILVEIRA, 2015; PROJECT BUILDER, 2017).

de ações que a Sesab/Superh/Dgtes vem desenvolvendo, a exemplo da reorientação da formação dos trabalhadores face à necessidade de qualificação, possibilitando, ademais, a análise das ações realizadas visando subsidiar a tomada de decisão e definição de estratégias por parte dos gestores do nível central das unidades.

Com a pandemia do novo coronavírus, iniciada em 2020, a equipe da gestão do trabalho enfrentou um novo desafio, o de dimensionar as necessidades de FTS para as unidades vocacionadas e de retaguarda para o atendimento à Covid-19. Neste contexto, o dimensionamento ganhou novos contornos, pela centralidade que passou a ter a biossegurança na identificação de indicadores e parâmetros. Assim, após pesquisa sobre o Sars-Cov-2 e sobre o planejamento de força de trabalho no contexto pandêmico, a equipe desenvolveu parâmetros mínimos de dimensionamento de equipe médica, de enfermagem (enfermeiros e técnicos de enfermagem) e multiprofissional de apoio (fisioterapeutas, assistentes sociais, psicólogos, fonoaudiólogos, nutricionistas, farmacêuticos e técnicos de laboratório) para um conjunto serviços da rede própria da Sesab, quais sejam: 52 Centros de Testagem Covid-19 para trabalhadores em unidades de saúde e áreas administrativas da Sesab (Quadro II); de 635 leitos de UTI, sendo 615 adultos e 20 pediátricos, e 559 leitos clínicos, 529 adultos e 30 pediátricos, dispostos em 19 Unidades de saúde; de 02 abrigos voltados para atenção de pessoas em situação de rua e idosos, 01 unidade de retaguarda para atenção pneumológica (Hospital Fazenda), como também no dimensionamento para ampliação do Laboratório Central de Saúde Pública Gonçalo Muniz (Lacen), este último referência no diagnóstico laboratorial da Covid-19 no estado da Bahia (Quadro II).

Quadro II - Dimensionamento dos Centros de Testagem Covid-19 para trabalhadores em unidades de saúde, no ano de 2020.

UNIDADES DE SAÚDE SOB GESTÃO DIRETA	FORÇA DE TRABALHO DIMENSIONADA
Instituto Couto Maia	Equipe Multiprofissional ^B
Hospital Geral Ernesto Simões Filho	Equipe Multiprofissional ^B
Unidade de Emergência Mãe Hilda Jitolu	Equipe Multiprofissional ^B
Unidade de Emergência Gercino Coelho	Equipe Multiprofissional ^B
Unidade de Emergência Hosanah D'Oliveira	Equipe Multiprofissional ^B
Abrigo de Itapuã	Equipe Multiprofissional ^B
Abrigo do Rio Vermelho	Equipe Multiprofissional ^B
Unidade de Pronto Atendimento de Vitória da Conquista	Equipe Multiprofissional ^B
Hospital Ana Nery	Equipe Multiprofissional ^B
Hospital Especializado Lopes rodrigues	Equipe Multiprofissional ^B
Hospital Especializado Mario leal	Equipe Multiprofissional ^B
Hospital Geral de Camaçari	Equipe Multiprofissional ^B
Hospital Geral Clériston Andrade	Equipe Multiprofissional ^B
Hospital Geral do Estado	Equipe Multiprofissional ^B

Hospital Geral de Ipiáú	Equipe Multiprofissional ^B
Centro de Parto Humanizado João Batista Caribé	Equipe Multiprofissional ^B
Hospital Geral Menandro de Faria	Equipe Multiprofissional ^B
Hospital Geral Prado Valadares	Equipe Multiprofissional ^B
Hospital Geral Roberto Santos	Equipe Multiprofissional ^B
Complexo Hospitalar de Vitória da Conquista	Equipe Multiprofissional ^B
Hospital Psiquiátrico Juliano Moreira	Equipe Multiprofissional ^B
Hospital Especializado Octávio Mangabeira	Equipe Multiprofissional ^B
Hospital Regional de Guanambi	Equipe Multiprofissional ^B
Maternidade Albert Sabin	Equipe Multiprofissional ^B
Maternidade Tsylla Balbino	Equipe Multiprofissional ^B
Instituto de Perinatologia da Bahia	Equipe Multiprofissional ^B
Centro Estadual Especializado em Diagnóstico, Assistência e Pesquisa	Equipe Multiprofissional ^B
Centro de Referência Estadual para Assistência ao Diabetes e Endocrinologia	Equipe Multiprofissional ^B
Central Estadual de Regulação	Equipe Multiprofissional ^B
Laboratório Estadual de Referência Regional	Equipe Multiprofissional ^B
Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador	Equipe Multiprofissional ^B
Centro de Informação e Assistência Toxicológica da Bahia	Equipe Multiprofissional ^B
Centro Estadual de Oncologia	Equipe Multiprofissional ^B
Centro Estadual de Referência de Atenção à Saúde do Idoso	Equipe Multiprofissional ^B
Núcleo Regional de Saúde Leste	Equipe Multiprofissional ^B
Núcleo Regional de Saúde Centro-leste	Equipe Multiprofissional ^B
Núcleo Regional de Saúde Oeste	Equipe Multiprofissional ^B
Núcleo Regional de Saúde Centro-oeste	Equipe Multiprofissional ^B
Núcleo Regional de Saúde Norte	Equipe Multiprofissional ^B
Núcleo Regional de Saúde Nordeste	Equipe Multiprofissional ^B
Núcleo Regional de Saúde Centro-Norte	Equipe Multiprofissional ^B
Núcleo Regional de Saúde Sul	Equipe Multiprofissional ^B
Núcleo Regional de Saúde Extremo-Sul	Equipe Multiprofissional ^B
UNIDADES DE SAÚDE SOB GESTÃO INDIRETA	FORÇA DE TRABALHO DIMENSIONADA
Hospital do Subúrbio	Equipe Multiprofissional ^B
Hospital Espanhol	Equipe Multiprofissional ^B
Hospital Santa Clara	Equipe Multiprofissional ^B
Hospital Riverside	Equipe Multiprofissional ^B
Unidade de Pronto Atendimento de São Caetano	Equipe Multiprofissional ^B
Unidade de Pronto Atendimento do Cabula	Equipe Multiprofissional ^B
Unidade de Pronto Atendimento de Feira de Santana	Equipe Multiprofissional ^B
Unidade de Pronto Atendimento de Jequié	Equipe Multiprofissional ^B
Unidade de Pronto Atendimento de Ipiáú	Equipe Multiprofissional ^B

Equipe Multiprofissional^B: Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Médico.

Quadro III - Dimensionamento de leitos clínicos e de terapia intensiva para atendimento da Covid-19 e unidades de retaguarda, no ano de 2020.

UNIDADES DE SAÚDE SOB GESTÃO DIRETA	FORÇA DE TRABALHO DIMENSIONADA*
Instituto Couto Maia	Equipe Multiprofissional ^C
Hospital Geral Ernesto Simões Filho	Equipe Multiprofissional ^C
Hospital Geral Clériston Andrade	Equipe Multiprofissional ^C
Hospital Regional de Guanambi	Equipe Multiprofissional ^C
Hospital Geral de Vitória da Conquista	Equipe Multiprofissional ^C
Hospital Geral Prado Valadares	Equipe Multiprofissional ^C
Hospital Fazendão	Equipe Multiprofissional ^A Equipe Administrativa Equipe Gestora
Abrigo de Itapuã	Equipe Multiprofissional ^D
Abrigo do Rio Vermelho	Equipe Multiprofissional ^D
Laboratório Central de Saúde Pública Gonçalo Muniz	Farmacêutico Bioquímico Técnico de Laboratório
UNIDADES DE SAÚDE SOB GESTÃO INDIRETA	FORÇA DE TRABALHO DIMENSIONADA
Hospital do Subúrbio	Equipe Multiprofissional ^C
Maternidade de Referência José Maria de Magalhães Neto	Equipe Multiprofissional ^C
Hospital Espanhol	Equipe Multiprofissional ^C
Hospital de Campanha Arena Fonte Nova	Equipe Multiprofissional ^C
Hospital Estadual da Criança	Equipe Multiprofissional ^C
Hospital Regional da Chapada	Equipe Multiprofissional ^C
Hospital Regional Dantas Bião	Equipe Multiprofissional ^C
Hospital Regional de Juazeiro	Equipe Multiprofissional ^C
Hospital Regional Mário Dourado Sobrinho	Equipe Multiprofissional ^C
Hospital Regional do Oeste	Equipe Multiprofissional ^C
Hospital Regional da Costa do Cacau	Equipe Multiprofissional ^C
Hospital Regional Deputado Luís Eduardo Magalhães	Equipe Multiprofissional ^C
Hospital Regional de Santo Antônio de Jesus	Equipe Multiprofissional ^C

Equipe Multiprofissional^A: Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Médico, Fisioterapeuta, Assistente Social, Fonoaudiólogo, Psicólogo, Terapeuta Ocupacional, Nutricionista, Farmacêutico Bioquímico, Técnico de Laboratório, Farmacêutico Hospitalar, Auxiliar de Farmácia, Técnico de Radiologia.

Equipe Multiprofissional^C: Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Médico, Fisioterapeuta, Assistente Social, Fonoaudiólogo, Psicólogo, Terapeuta Ocupacional e Nutricionista.

Equipe Multiprofissional^D: Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Médico, Assistente Social, Psicólogo e Nutricionista.

Pelo exposto até aqui, percebe-se que a definição de parâmetros de dimensionamento da força de trabalho na Sesab foi alicerçada, historicamente, a partir do compartilhamento de experiências e da busca de informações teóricas sobre o tema. No entanto, a incipiência de discussões e experiências acerca da temática na área da saúde apresentava-se enquanto um desafio constante que requeria a interrelação de saberes e vivências na área da saúde.

Neste contexto, a Dgtes apostou na condução e validação de uma proposta pautada em uma metodologia participativa com o envolvimento dos atores interessados, a fim de favorecer o diálogo, a construção coletiva e o consenso em torno das ações do dimensionamento. Ressalta-se que “a proposta implementada na Sesab, para além das características mencionadas, assume um caráter educativo e transformador em razão da sua metodologia participativa, consensuada e convergente com a prática, uma vez que faz refletir sobre a necessidade de readequações dos processos de trabalho das equipes multiprofissionais e revela a importância da organização dos serviços na perspectiva da integralidade e da equidade” (MOURA, et al., 2013).

AGENDA PARA FORTALECER O PLANEJAMENTO E DIMENSIONAMENTO DA FORÇA DE TRABALHO EM SAÚDE

Considerando que cabe à Superh a coordenação e o desenvolvimento de estratégias, metodologias e tecnologias para o dimensionamento da força de trabalho em saúde, levando em conta a dinâmica do processo de organização e reorganização dos serviços de saúde e dos processos de trabalhos nos diversos setores em seu interior, destacamos alguns pontos que devem compor a agenda desta área para o próximo período:

1) O desenvolvimento e implantação de um sistema de informação capaz de agregar os objetos da gestão do trabalho, visando reduzir a pulverização das informações sobre a força de trabalho na Sesab. A ausência de um sistema de informação que agregue a multiplicidade de vínculos e cargas horárias de contratação, é uma barreira que dificulta a efetividade das ações na área. O Sistema Integrado de Gestão do Trabalho na Saúde, composto por três módulos: Dimensionamento da Força de Trabalho, Programa de Avaliação de Desempenho e Saúde do Trabalhador é uma ferramenta institucional estratégica para instrumentalizar os gestores e trabalhadores das unidades de saúde para dimensionar seus serviços e agilizar o processo de provimento das forças de trabalho necessárias.

2) A descentralização da atividade de dimensionamento para as unidades da rede, de forma que a alocação e realocação da força de trabalho seja uma prática qualificada pelo conhecimento do cotidiano dos serviços, e reflita as necessidades em saúde e as diversidades de configuração do trabalho para respondê-las, valorizando o trabalho “vivo em ato” da equipe que atua na atenção e na gestão.

3) Desenvolvimento de processos de educação permanente que, ao tematizar o cotidiano do trabalho, construam alternativas para o dimensionamento que sejam viáveis e efetivamente potencializem as práticas de cuidado cuja centralidade seja as pessoas e suas necessidades.

4) Produção de novos compromissos e fluxos para o processo decisório sobre a alocação de força de trabalho, de tal forma que, em que pesem as restrições de recursos, os pactos e negociações do dimensionamento sejam orientadores da tomada de decisão nesta área.

Para concluir, reafirmamos que quanto mais o dimensionamento se aproxima do trabalho, espaço do encontro entre trabalhadores e usuários, mais potente se torna para qualificar esse encontro e para superar a normatização corporativa e gerencialista que orienta um dimensionamento centrado nas profissões, especialidades e procedimentos. Fortalecer a garantia de acessos e percursos seguros de cuidado aos indivíduos e coletividades pressupõe dimensionar a FT, em número, competências e habilidades, com base nos processos relacionais de negociações, pactuação de compromissos, de responsabilidade e de construção de projetos de cuidado cuja centralidade sejam as pessoas e suas necessidades.

REFERÊNCIAS

BAHIA. Governo do Estado. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Política Estadual de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde do SUS Bahia. Salvador: Superintendência de Recursos Humanos, 2012.

BAHIA. Lei nº 11.373, de 05 de fevereiro de 2009. Reestrutura o Grupo Ocupacional Serviços Públicos de Saúde, criado pela Lei nº 5.828, de 13 de junho de 1990, e reestruturado pela Lei nº 8.361, de 23 de setembro de 2002, bem como o seu Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos - PCCV, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.legislabahia.ba.gov.br/documentos/lei-no-11373-de-05-de-fevereiro-de-2009>. Acesso em: 25 de julho de 2021.

BAHIA. Lei nº 13.204, de 11 de dezembro de 2014. Modifica a estrutura organizacional da administração pública do poder executivo estadual e dá outras providências. Disponível em: <https://leisestaduais.com.br/ba/lei-ordinaria-n-13204-2014-bahia-modifica-a-estrutura-organizacional-da-administracao-publica-do-poder-executivo-estadual-e-da-outras-providencias>. Acesso em: 05 de agosto de 2020.

BONDÍA, Jorge Larrosa. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. Revista brasileira de educação, p. 20-28, 2002.

BRASIL. PCCS – SUS: diretrizes nacionais para a instituição de planos de carreiras, cargos e salários no âmbito do Sistema Único de Saúde /Ministério da Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 52p.

BRASIL. Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (Nob/RH-SUS). Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. 3a ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 98p.

CAMPOS, Francisco Eduardo; MACHADO, Maria Helena; GIRARDI, Sábado Nicolau. A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades. Divulgação em Saúde para Debate, Rio de Janeiro, n. 44, p. 13-24, maio 2009.

CARVALHO, Manoela; SANTOS, Nelson Rodrigues dos; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. A construção do SUS e o planejamento da força de trabalho em saúde no Brasil: breve trajetória histórica. Saúde em debate, Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 372-387, jul/set. 2013.

CARVALHO, Mônica Sampaio de; SOUSA, Maria Fátima de. Como o Brasil tem enfrentado o tema provimento de médicos? Interface-Comunicação, Saúde, Educação, v. 17, p. 913-926, 2013.

CECIM, Ricardo Burg. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. Ciência & saúde coletiva, v. 10, n. 4 p. 975-986, out./dez. 2005.

CONASS. 2ª Levantamento da Organização, Estrutura e Ações da Área de Recursos Humanos das Secretarias Estaduais de Saúde. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2015.

CONCEIÇÃO, Juliano da; SILVEIRA, Sidnei Renato. Aplicação de Metodologias Ágeis para Desenvolvimento de Software: um Estudo de Caso na Empresa Alliance Software. 2015. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação de Sistemas de Informação) - Universidade Federal de Santa Maria, Rio Grande do Sul, 2015.

DYE, T. D. Understanding public policy. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall, 1984.

FERLA, Alcindo Antônio; GOSCH, Cristiane Scolari; TREPTE Renata Flores; POSSA, In: POSSA, Lisiane Bôer; TREPTE, Renata Flores; GOSCH, Cristiane Scolari e FERLA, Alcindo Antônio (org.). Dimensionamento da força de trabalho em saúde: gestão em ato e territórios em diálogo. Porto Alegre, RS : Editora Rede Unida, 2020 a. 168 p. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/project/dimensionamento-da-forca-de-trabalho-em-saude-gestao-em-ato-e-territorios-em-dialogo/>

FRANÇA, Tânia et al. Política de educação permanente em saúde no Brasil: a contribuição das comissões permanentes de integração ensino-serviço. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, p. 1817-1828, 2017.

FRANCO, Túlio Batista. Gestão do Trabalho em Saúde Mental. Disponível em: <http://www.professores.uff.br/tuliofranco/wpcontent/uploads/sites/151/2017/10/9gestao-trabalho-saude-mental.pdf>. Acessado em 03 de abril de 2021.

FRANCO, Túlio; MERHY, Emerson. Mapas analíticos: uma visão sobre a organização e seus processos de trabalho. 2009. Disponível em: <https://digitalrepository.unm.edu/lasmcucspt/58>.

GUIMARÃES, Maria do Carmo Lessa. Processo decisório e conflitos de interesse na implantação da descentralização da saúde: um estudo das instâncias colegiadas na Bahia. *Caderno CRH*, n.39, p.105-132, jul/dez. 2003.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Densidade demográfica: IBGE, Censo Demográfico 2010, Área territorial brasileira. Rio de Janeiro: IBGE, 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. População estimada: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Estimativas da população residente com data de referência 1ª de julho de 2020. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/panorama>. Acesso em: 29 jul. 2021.

JORGE, Maria Salete Bessa et al. Gestão de recursos humanos nos centros de atenção psicossocial no contexto da Política de Desprecarização do Trabalho no Sistema Único de Saúde. *Texto Contexto Enferm*, Fortaleza, v. 16, n. 3, p. 417-25, 2007.

JUNQUEIRA, Túlio da Silva et al. As relações laborais no âmbito da municipalização da gestão em saúde e os dilemas da relação expansão/precarização do trabalho no contexto do SUS. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, p. 918-928, 2010.

MAEDA, Sayuri Tanaka; COELHO, Cecil Júnior. Parâmetros para o planejamento e dimensionamento da força de trabalho em hospitais gerais. *Observatório de Recursos Humanos em Saúde de São Paulo*. São Paulo: Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo; 2006.

MAGNAGO, Carinne et al. Política de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde: a experiência do ProgeSUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, p. 1521-1530, 2017.

MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de et al. Desafios para gestão do trabalho a partir de experiências exitosas de expansão da Estratégia de Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, p. 2355-2365, 2010.

MENEZES, Angélica Araújo. O uso do Workload Indicators of Staffing Need (WISN) no dimensionamento da equipe médica em uma maternidade do estado da Bahia. Orientadora: Catharina Matos Leite Soares. 2020.

97 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2020.

MERHY, Emerson Elias. Saúde: A Cartografia do Trabalho Vivo. São Paulo, Hucitec, 2002.

MOURA, Luciano de Paula. Planejamento da Força de Trabalho em Saúde: uma análise do período entre 1964 a 2013. Orientadora: Isabela Cardoso de Matos PINTO. 2014. 46 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2014.

MOURA, Luciano de Paula; PAIXÃO, Aline Maciel São Paulo; ALMEIDA, Bruno Guimarães de; BARBOSA, Elaci Miranda Pitanga; GARCIA, Talita Castro Santos. Discutindo processos, consensuando parâmetros: dimensionamento da força de trabalho no Estado da Bahia. In: Ministério da Saúde. Prêmio INOVASUS 2012/2013: valorização de boas práticas e inovação na gestão do trabalho na saúde. Brasília: 2015.

NELSON, B. Políticas públicas y administración: uma visión general. In: GOODIN, R.; KLINGEMANN, H. D. Nuevo manual de ciencia política, Vol. II. Madri: Istmo, 2001.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Transformando nosso mundo: Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, 2015. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/pos2015/agenda2030>. Acesso em 03 de agosto de 2021.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. Trabalho Decente. <https://www.ilo.org/brasilia/temas/trabalho-decente/lang--pt/index.htm>. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Estrategia mundial de recursos humanos para la salud: personal sanitario 2030. 69ª Assembleia Mundial da Saúde de 20 a 28 de maio del 2016. Genebra, Suíça. Genebra: 2016. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/ebwha/pdffiles/WHA69/A69R19-sp.pdf>. Acesso em: 22 de julho de 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. OMS declara 2021 Ano Internacional dos Trabalhadores de Saúde e Cuidadores. Disponível em: <https://news.un.org/pt/story/2020/11/1732632>. Acesso em: 03 de agosto de 2021.

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 Assembleia Mundial da Saúde de 22 a 31 de maio de 2017; Genebra, Suíça. Genebra: 2017. Disponível em espanhol em: <http://apps.who.int/gb/ebwha/pdffiles/WHA70/A70R6-sp.pdf>. Acesso em: 22 de julho de 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Estratégias para o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde. In: CONFERÊNCIA SANITÁRIA PAN-AMERICANA, 29. SESSÃO DO COMITÊ REGIONAL DA OMS PARA AS AMÉRICAS, 69, 2017, Washington, D.C., EUA.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Indicadores de carga de trabajo para la estimación del personal necesario. Manual del usuario. Ginebra, 44f. 2014. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/205233/9789243500195_software_spa.

pdf?sequence=2&isAllowed=y. Acesso em 06 de agosto de 2021.

OSTROM, Elinor. Institutional Rational Choice: an assessment of the institutional analysis and development framework. In: SABATIER, Paul. A. Theories of the policy process. Cambridge, MA: Westview Press, 2007. p. 21-64.

POSSA, Lisiane Bôer; TREPTE, Renata Flores; PLENTZ, Luiza Maria; FERLA, Alcindo Antônio. Planejamento da força de trabalho como tradução de imagens sobre o trabalho: teorias, conceitos e movimentos. In: POSSA, Lisiane Bôer; TREPTE, Renata Flores; GOSCH, Cristiane Scolari e FERLA, Alcindo Antônio (org.). Dimensionamento da força de trabalho em saúde: gestão em ato e territórios em diálogo. Porto Alegre, RS : Editora Rede Unida, 2020 a. 168 p. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/project/dimensionamento-da-forca-de-trabalho-em-saude-gestao-em-ato-e-territorios-em-dialogo/>

POSSA, Lisiane Bôer. Movimentando a gestão do trabalho: o planejamento da força de trabalho como exercício de diálogo entre a modelagem tecnoassistencial e a saúde nos territórios.

PRESSMAN, R. S. (2011) Engenharia de Software. 7. ed. Porto Alegre: Pearson Makron Books.

PROJECT BUILDER. Quais são os principais tipos de métodos ágeis? 2017. Pagina inicial. Disponível em: <https://www.projectbuilder.com.br/blog/quais-sao-os-principais-tipos-de-metodos-ageis/>. Acesso em: 2 jul. 2018.

RAMOS, Alexandre de Souza et al. Política de gestão do trabalho e educação permanente na Bahia: “o SUS é uma escola”. Rev. baiana saúde pública, v. 33, n. 1, p. 40-50, 2009.

RAMOS, Livia Bandeira; POSSA, Lisiane Boer. 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.

SABATIER, Paul. A. Theories of the policy process. Cambridge, MA: Westview Press, 2007.

SCHLAGER, E. A comparison of frameworks, theories, and models of policy processes. In: SABATIER, Paul A. Theories of the policy process. Boulder, CO: Westview Press. 2007, p. 233-260.

SECAF, Victoria; SANNA, Maria Cristina. Levantamento de Recursos e Necessidades de Enfermagem no Brasil: um documento da década de 50 do século XX. Rev. Bras. Enfermagem, Brasília, v. 56, n. 3, p. 315-317, jun. 2003.

SOMMERVILLE, Ian. Engenharia de Software. 9. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall. 2011.

TRUE, J. L.; JONES, B. D.; BAUMGARTNER, F. R. Punctuated-Equilibrium Theory: explaining stability and change in public policymaking. In: SABATIER, Paul. A. Theories of the policy process. Cambridge, MA: Westview Press, 2007. 155-188.

VARELA, F.J. (2003). O desencantamento do abstrato. Em P. P. Pélbart & R. da Costa (Orgs.), Reencantamento do concreto. São Paulo: Hucitec. 2003. p. 72-86.

VIANA, Dirce Laplaca; MARTINS, Cleide Lavieri; FRAZÃO, Paulo. Gestão do trabalho em saúde: sentidos e usos da expressão no contexto histórico brasileiro. Trabalho, Educação e Saúde, v. 16, n. 1, p. 57-78, 2018.

ZAHARIADIS, N. The multiple streams framework: structure, limitations, prospects. In: SABATIER, Paul A. Theories of the policy process. Cambridge, MA: Westview Press, 2007.

CAPÍTULO 6

*Ana Georgina da Silva Dias
Bruno Guimarães de Almeida
Diana Guadalupe Macedo Licon
José Carlos da Silva*

*Luciano de Paula Moura
Priscila Soares Macedo
Rosângela Maria Régis Duarte Katayose
Tereza Cristina Bomfim de Jesus Deiró*

Trilhas de Valorização dos/as trabalhadores/as da saúde: Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos no SUS Bahia

Sem luta não há conquista,
sem sonho e trabalho não há realização.

Dhione Tito

TRILHAS DE VALORIZAÇÃO DOS/AS TRABALHADORES/AS DA SAÚDE: PLANO DE CARGOS, CARREIRAS E VENCIMENTOS NO SUS BAHIA

INTRODUÇÃO

As insatisfações com o longo período ditatorial vivenciado no país, 1964-1985, se expressaram em um conjunto de resistências e lutas por mudanças sociais e políticas, entre os quais, os interesses e ideias no campo da saúde. A busca por mudanças e transformações nesta área baseava-se na crítica ao sistema centrado na medicina previdenciária, dirigida a saúde individual dos trabalhadores, prioritariamente nas zonas urbanas, com exclusão dos setores mais pobres da população e rural, assistidas, majoritariamente, por ações preventivas sob a responsabilidade do Ministério da Saúde (PAIVA & TEIXEIRA, 2014).

A inadequação do modelo assistencial privatista, a instauração de uma crise de recursos no setor, o enfraquecimento do campo de atuação do Ministério da Saúde e as diretrizes econômicas de redução de gastos com políticas sociais contribuíram com o agravamento das condições de vida da população. As propostas para a construção de um sistema de saúde eficiente e democrático ganham força na segunda metade da década de 70, com o movimento da Reforma Sanitária Brasileira, favorável a organização de um novo sistema de saúde, unificado e universal.

O movimento ganha força na 8ª Conferência Nacional de Saúde trazendo consigo propostas de utilização de concurso público para admissão de servidores nos entes que compõem a Administração Pública, estabilidade no emprego, direito de greve e sindicalização, exigência de cumprimento de carga horária contratada e estímulo à dedicação exclusiva, formação integrada ao sistema de saúde, capacitação permanente e estabelecimento de plano de cargos e salários, oficializados, posteriormente, no Art. 37 da Constituição Federal de 88 (RIZZO e LACAZ, 2017 apud BRASIL, 1988), que estabelece, no Art. 39, que a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios instituirão, no âmbito de sua competência, Regime Jurídico Único e planos de carreiras para os servidores da administração pública direta, das autarquias e das fundações públicas (BRASIL, 1988).

O processo de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) contemplou um conjunto de Leis (8080 e 8142) e atos normativos que tratam da formação de recursos humanos e da institucionalização dos planos de cargos, carreiras e vencimento, face à necessidade de assegurar

um quantitativo da força de trabalho capaz de dar suporte a ampliação dos serviços previstos com a regionalização, principalmente aos municípios (RIZZO e LACAZ, 2017).

A primeira, Lei Orgânica nº 8.880/90, nos termos em que foi aprovada pelo Congresso Nacional, em 23 de agosto de 1990, estabelecia, em seu Art. 27, posteriormente vetado pelo então presidente Fernando Collor de Melo,

“que a política de recursos humanos na área da saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento dos seguintes objetivos:

II - Instituição, em cada esfera de governo, de planos de cargos e salários e de carreira para o pessoal do Sistema Único de Saúde (SUS), da administração direta e indireta, baseados em critérios definidos nacionalmente;

III - fixação de pisos nacionais de salários para cada categoria profissional, sem prejuízo da adoção, pelos estados e municípios, de remuneração complementar para atender às peculiaridades regionais” (BRASIL, 2006; pág.13).

A segunda, Lei Orgânica nº 8.142/90, publicada após muita luta do movimento popular e sindical, atrelou a transferência de recursos a existência de institucionalização de comissão para elaboração de Planos de Cargos, Carreiras e Vencimentos (PCCV),

“Para receberem os recursos, de que trata o art. 3º desta lei, os Municípios, os Estados e o Distrito Federal deverão contar com: VI - Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), previsto o prazo de dois anos para sua implantação.

Parágrafo único. O não atendimento pelos Municípios, ou pelos Estados, ou pelo Distrito Federal, dos requisitos estabelecidos neste artigo, implicará em que os recursos concernentes sejam administrados, respectivamente, pelos Estados ou pela União” (BRASIL, 2006; pág.14).

Seguindo a mesma lógica, outros marcos normativos sequenciaram a institucionalização do PCCV ao longo dos anos 90 e início dos anos 2000 (CONASS, 2013, p 2-3), quais sejam:

1 . Portaria GM/MS Nº830/90: Criou a Assessoria Técnica da Comissão Especial para o PCCS no Sistema Único de Saúde–SUS, com o objetivo de auxiliar os Estados, o Distrito Federal e os Municípios na elaboração de Planos de Carreira, Cargos e Salários-PCCS;

2 . Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS)/1991: Aprovou o documento “Orientações Gerais para Planos de Carreira, Cargos e Salários”, para os Estados, Municípios e o Distrito Federal;

3 . Nob-RH/SUS, 1998: Define algumas normas gerais para a implantação de planos de carreira;

4 . Resolução nº 331 do CNS, 2003: Reinstala Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS que define um Grupo de Trabalho de Plano de Carreiras;

5 . Portaria GM/MS Nº. 626/04: Cria Comissão Especial com o objetivo de elaborar as Diretrizes do Plano de Carreiras, Cargos e Salários do âmbito do SUS – PCCS-SUS;

6 . Portaria GM/MS Nº. 399/06 (PACTO DE GESTÃO): As diretrizes para Planos de carreiras, cargos e salários do SUS (PCCS/SUS) devem ser um instrumento que visa regular as relações de trabalho e o desenvolvimento do trabalhador, bem como a consolidação da carreira como instrumento estratégico para a política de recursos humanos no SUS.

Cabe destacar o documento intitulado “Diretrizes Nacionais para a Instituição de Planos de Carreiras, Cargos e Salários no Âmbito do Sistema Único de Saúde”, Protocolo 006/2006 da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS, que objetivava:

I - orientar a organização dos trabalhadores do SUS em estrutura de carreira, observando os requisitos de valorização e alocação profissional, conforme necessidade do Sistema para atender aos municípios e regiões especialmente carentes, de forma a contemplar as demandas de trabalhadores e gestores por carreira na área de saúde;

II - valorizar os trabalhadores através da equidade de oportunidades de desenvolvimento profissional, como forma de também ampliar e qualificar os cuidados progressivos à saúde e garantir os princípios da universalidade de acesso, da integralidade de atenção à saúde, da equidade, da participação popular e do controle social, da autonomia das pessoas e da descentralização do sistema;

III - estimular a elaboração de Planos de Carreiras com estruturas e formas de desenvolvimento semelhantes em todos os órgãos e instituições que compõem o Sistema Único de Saúde na União, nos Estados, no Distrito Federal, nos Municípios e na rede complementar;

IV - incentivar ações permanentes de qualificação dos trabalhadores; e

V - buscar o estabelecimento de compromisso solidário entre gestores e trabalhadores do SUS com a qualidade e profissionalismo na prestação dos serviços públicos de saúde (BRASIL, 2006; p. 16-17).

É importante destacar que a década de 90 foi o período em que a terceirização ganha força, inicialmente no governo Collor, com a intensificação da produção brasileira nos ditames do toyotismo e a expansão neoliberal nas práticas de governo. A adoção de políticas de redução da atuação do Estado, limitação do seu papel social e implementação de mecanismos de mercado na gestão pública, culminou com a reforma administrativa no governo de Fernando Henrique Cardoso, em 1995, ratificando a ofensiva contra os

direitos sociais instituídos pela Constituição (AQUINO et al., 2014; SILVA, 2004 apud CARDOSO, 1998).

O mercado de trabalho no setor saúde seguiu a tendência geral de cortes e terceirizações, intensificando problemas enfrentados anteriormente pelos gestores, como a contratação por tempo parcial ou temporário, a multiplicidade de jornadas de trabalho, a diferenciação salarial entre trabalhadores de uma mesma categoria e o enfraquecimento do trabalho coletivo, justificado por muitos gestores, com o argumento da necessidade de cumprir a Lei de Responsabilidade Fiscal – Lei complementar nº 101/2000, que limita os gastos com pessoal em 60% da receita corrente líquida dos estados e municípios (MOURA, 2013 apud BRASIL, 2011).

A partir de 2003, a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde no Ministério da Saúde e seus Departamentos: de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde e de Gestão da Educação na Saúde, contribuiu com a elaboração e a instituição de estratégias contrárias às tendências instaladas no mundo do trabalho, a exemplo do Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS (DesprecarizaSUS); a definição dos princípios e diretrizes para elaboração dos Planos de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS-SUS); o Programa de Estruturação e Qualificação da Gestão do Trabalho no SUS (ProgeSUS); o Sistema Nacional de Negociação Permanente do SUS (Sinnp-SUS) e o Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão (BRASIL, 2011).

Pesquisa realizada pelo Conass demonstrou que, no ano de 2003, apenas 10 Secretarias Estaduais de Saúde (SES) possuíam planos de carreira próprios para trabalhadores do SUS implantados, dos quais 3 anteriores a 1994 e 5 estavam em processo de revisão. Nas 17 SES restantes, 10 apresentavam apenas propostas de discussão. Já em 2012, vinte e três (85,2%) Estados informaram possuir PCCS, entre os quais 73,9% específicos da saúde e 17,4% parte do conjunto da administração (BRASIL, 2013).

Na Bahia, a Secretaria de Saúde do Estado vem investindo em processos de discussão e implantação/ implementação de estratégias técnico-políticas que colaborem para superar as iniquidades do trabalho em saúde, buscando desta maneira reduzir as desigualdades nas relações, processos e condições de trabalho, bem como, a desprecarização dos vínculos no Estado. Considerando a importância de registrar e analisar esse processo, este capítulo tem como objetivo relatar a experiência da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia na negociação, estruturação e implantação do Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos dos trabalhadores pertencentes ao Grupo Ocupacional Serviços Públicos de Saúde.

A LUTA HISTÓRICA DOS TRABALHADORES PELA VALORIZAÇÃO NA CARREIRA: A PERCEPÇÃO SINDICAL DO PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DO PCCV DA SESAB

A Constituição de 1988, no artigo 37, inciso IV, faculta aos servidores públicos a possibilidade de se organizar em sindicatos. No setor Saúde, alguns desses sindicatos se constituíram a partir de associações preexistentes e outros nasceram já como sindicatos, a partir da organização dos trabalhadores/as em seus locais de trabalho, especialmente nos hospitais de grande porte.

Este parece ter sido o caso da criação do Sindicato dos Trabalhadores em Saúde do Estado da Bahia (Sindsaúde-Ba), ainda nos idos dos anos 80. Os servidores iniciaram um processo de organização em algumas unidades, mas muito em particular no Hospital Getúlio Vargas (HGV)¹, situado no bairro do Canela em Salvador- BA, (substituído posteriormente pelo hospital Geral do Estado – HGE, em abril de 1990), onde se concentrava um grande contingente de servidores da Sesab.

Naquela época, eram muitos os problemas estruturais, dado o hospital, com mais de 50 anos desde sua fundação, ser o lócus que recepcionava praticamente toda a demanda das emergências do estado, mais marcadamente a do município de Salvador e Região Metropolitana, estando em geral com enfermarias sempre superlotadas, unidade de emergência igualmente sobrecarregada, situação que demonstrava que o setor era demasiado pequeno para suportar as demandas de um crescimento populacional muito além daquele para o qual a sua capacidade de atendimento foi concebida.

Nesse contexto (re)nasce, se amplia e torna-se mais visível a luta dos trabalhadores públicos por direitos, por melhores condições de trabalho ou salariais, ainda sob a égide da repressão que durou até 1985 com o fim da ditadura militar. De alguma forma já se observava alguns sinais de discussão mais democrática nas Unidades de Saúde, entre alguns diretores e trabalhadores, mesmo que ainda tímidas. Entretanto, de maneira geral, mantinha-se um forte caráter repressor por parte dos gestores nas maiores instâncias de poder do governo, os Secretários Estaduais de Saúde.

O HGV se configurou como uma “incubadora” do movimento sindical que despontava, porquanto muitos servidores da Sesab, lotados em hospitais de emergência, a exemplo da referida unidade, reivindicavam melhores condições de trabalho e atendimento às suas necessidades. Essa

1 - A criação deste hospital ocorreu em 1932, quando o Prof. Edgard Santos, convidado pelo Interventor na Bahia, Tenente Juracy Magalhães, aliado de Getúlio Vargas, assumiu a direção da Assistência Pública de Saúde e criou o Hospital do Pronto Socorro, depois denominado HGV, considerando que este hospital também servisse de campo de prática para os estudantes da Faculdade de Medicina da Bahia (Fameb), (TEIXEIRA, 1999).

característica e potencial mobilizador dos(as) trabalhadores(as) foram herdadas e ampliadas quando da implantação do Hospital Geral do Estado (HGE) em 1990. Foi a partir da luta dos(as) trabalhadores(as), que o HGE (construído no governo Waldir Pires) se tornou realidade. Embora poucos sejam os registros (apenas da imprensa local), é fato bem lembrado que as mobilizações e realização de uma greve nunca antes vista na saúde da Bahia - de 53 dias (1989), por melhores condições de trabalho e assistência à população – resultou na inauguração do HGE no ano seguinte, relocando todos(as) os(as) trabalhadores(as) do HGV.

O Sindsaúde-BA emerge no âmago dessa luta, tendo como princípio a representação dos trabalhadores da saúde do estado, contratados , a princípio, segundo as regras da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e, posteriormente enquadrados como estatutários, em 1994, por meio da Lei nº 6.677 na Bahia. Em inúmeras assembleias e reuniões realizadas pelo Sindsaúde-BA, esses servidores, afiliados ou não, participaram ativamente das discussões, entendendo que a valorização do seu trabalho no SUS, apontava para uma construção coletiva de um Plano de Carreiras, que contemplasse a isonomia salarial nas diversas categorias, educação permanente e direitos, inclusive pecuniários, durante toda sua carreira.

Vale ressaltar que, embora entre 1987-1989 (durante o governo Waldir Pires), houvesse alguma abertura de diálogo, o curto tempo e a substituição do governador pelo seu vice (Nilo Coelho), foram desastrosos para a Saúde, interrompendo o que pouco se havia alcançado e promovendo estagnação nas carreiras.

Em 1990, sem a participação dos servidores, foi editada a Lei nº 5.828/90, trazendo no seu escopo alguns aspectos que poderiam ser considerados avanços para a carreira dos servidores, organizando-os por “níveis” e “referências”, contemplando um programa de valorização e estabelecendo um conjunto de gratificações, a saber: pelo Exercício em Unidade Hospitalar (GEUH); em Serviço de Infectologia (GSI); por Competência (GPC); de preceptoria; por qualificação, bem como, a gratificação de Incentivo à Melhoria da Qualidade da Assistência Médica, conhecida como Giq.

Entretanto, o que se mostrou em um primeiro momento um avanço, se mostrou problemático depois de, sua implementação. A Giq se constituiu em um instrumento de mensuração do trabalho por “produtividade”, ferindo a isonomia salarial de trabalhadores pertencentes a uma mesma categoria, criando distorções e injustiças na remuneração, dado que os nosocômios e enfermarias de unidades caracterizadas por internação de longa permanência percebiam o mais baixo percentual de remuneração comparada com outras unidades. Ainda mais, o Programa de Valorização do Servidor prometido, não se efetivou. Uma das poucas mudanças significativas propostas nesta Lei, foi a criação do cargo de Auditor em Saúde Pública (Lei nº 7.306/98).

Também sem estabelecer um processo de diálogo com sindicatos, deu-se a aprovação da Lei nº 8.361/03, que revogou a Lei nº 5.828/90, promovendo um novo enquadramento em classes, extinguindo a gratificação por qualificação e mantendo a lógica da “produtividade”. Assim, esta lei extinguiu vários cargos, admitindo a possibilidade dos ocupantes de cargos do nível fundamental a serem extintos realizarem o curso de auxiliar de enfermagem até o ano seguinte, ficando vários técnicos de nível superior sem qualquer possibilidade de ascensão, na medida em que a mudança de classe só poderia ocorrer por qualificação com pontuação auferida por determinados cursos e carga horária pré-definida e não contemplando a progressão horizontal.

Verifica-se, portanto, que entre os anos 90 e o ano de 2009, a manutenção de enormes distorções, com prejuízos para a grande maioria dos servidores, embora algumas mudanças nos planos de carreira trouxessem pontuais benefícios para algumas categorias, indo na contramão do que estabelece o SUS.

A realização de concursos públicos nos anos de 2005 e 2008, embora insuficientes, pareciam sinalizar um novo momento para os trabalhadores da saúde. A gestão buscava estabelecer maior diálogo entre a Coordenação de Recursos Humanos (atualmente Superintendência de Recursos Humanos - Superh) e os sindicatos, enquanto representação dos trabalhadores. Os dois anos que antecederam a Lei nº 11.373/2009 foram marcados por um governo que se apresentava como progressista e democrático, e manteve o diálogo entre a Secretaria da Saúde e o Sindsaúde-BA, buscando, pela primeira vez, desde a edição da Nob-Rh/SUS, instalar as Mesas de Negociação Permanentes com a participação de sindicatos da rede estadual, gestores e técnicos das secretarias, em especial das Secretarias da Saúde e da Administração Estadual, com vistas à construção de um novo PCCV, que minimizasse as distorções estabelecidas pelos planos anteriores, garantisse direitos, valorizasse os trabalhadores, efetivasse um Programa de Educação Permanente, reconhecesse a verticalidade e a horizontalidade da carreira, valorizando as habilidades e competências dos trabalhadores, adquiridas ao longo da sua vida laboral.

O novo PCCV (Lei 11.373/90) estabeleceu “níveis” e “classes” considerando as categorias, valorizando a qualificação profissional (promoção), dando oportunidade, a princípio, de ascensão na carreira, com reconhecimento do tempo de serviço (progressão). Admitiu o somatório das gratificações (de exercício em unidade hospitalar, de infectologia e a famigerada Giq) que causavam grandes distorções na remuneração. Entretanto o estado não acatou a proposta de incorporação das gratificações ao vencimento-base, mesmo que paulatinamente, apesar de toda a argumentação sindical. Por esse motivo, se verifica um dos maiores problemas vivenciados pelos trabalhadores que perdura por anos, até então. Clamam os sindicatos pela

incorporação das gratificações, visando dar maior substância ao chamado vencimento-base, o que promoveria melhora remuneratória na carreira, com isonomia, eliminando assim essas graves distorções e descontentamentos.

Afinal é sobre esta parcela que se aplicam os percentuais inflacionários, a insalubridade e outros direitos que drasticamente arrefecem os direitos dos trabalhadores da Saúde nos últimos anos. É importante lembrar que durante muito tempo, inclusive após a implantação do PCCV do Grupo Ocupacional Saúde, muitos servidores percebiam vencimento-base abaixo do salário mínimo.

Outra questão diz respeito ao processo de “municipalização” da Saúde, preconizado pelo SUS, para descentralizar os recursos e conceder maior autonomia aos municípios. Esse processo trouxe sérios problemas remuneratórios para os servidores cedidos/municipalizados, uma vez que a Lei 11.373/09 estabelecia novos critérios para gratificação, responsabilizava os municípios por essa parcela remuneratória (que não foi assumida), prejudicando sensivelmente a remuneração dos cedidos/municipalizados, problema que só foi amenizado com a árdua luta do Sindsaúde-Ba junto aos trabalhadores, nos três anos subsequentes à aprovação da Lei em questão.

Uma conquista dos trabalhadores no PCCV, durante as negociações, foi a ampliação do período para que o grupo de trabalhadores (nível fundamental) colocado no quadro em extinção, passasse a exercer o cargo de auxiliares de enfermagem, ao adquirir habilitação específica até dezembro de 2011. No entanto, outros cargos não tiveram a mesma sorte, mantendo-se extintos e sem qualquer compensação.

Um forte argumento dos sindicatos é que a saúde não pode ser tratada de forma a se valorizar aspectos do exercício dos cargos ocupados pelas diversas categorias, das especialidades na atenção à saúde, de acordo com as patologias, ou ainda, com o local onde se labore. Não parece admissível que categorias com o mesmo nível de escolaridade tenham tratamentos diferenciados em relação à remuneração, de tal forma que se valorize algumas profissões, em detrimento de outras.

É a equipe multidisciplinar que atenderá os/as usuários/as de forma universal, integral e equânime como propõe o SUS. Ressalta-se, portanto, dois aspectos importantes quando se discute na Lei nº 11.373/2009: a retirada da categoria médica deste plano em 2012, criando-se um PCCV específico para a carreira médica (Lei nº 12.822, regulamentada em 2015), que embora garanta promoção, progressão e algumas pontuais vantagens, contempla um número pequeno de médicos no estado, diante de um contingente maior contratado como pessoa jurídica, por meio de cooperativas, grupos terceirizados, etc. Por conta da não realização de concurso público há mais de

uma década, essas formas de contratação precarizadas atingem várias outras categorias de profissionais da saúde, cujas contratações vêm sendo feitas através da reprodução em larga escala dos vínculos precários, “terceirizados”, sem garantias trabalhistas, representando o que vem sendo denominado de “uberização” da força de trabalho em saúde (TEIXEIRA et al 2020).

Além disso, o estado não incluiu na agenda a categoria do chamado Grupo Ocupacional Técnico-Administrativo, concursados e alocados na saúde, que são regidos pela Lei 11.374/90, o chamado “Planão”. Contudo, até o momento a referida regulamentação da Lei, não foi efetivada na prática. Portanto, sem nenhuma prerrogativa para seus direitos à carreira, sem renovação dos quadros pela ausência de concurso público, sofrendo assim grave injustiça, que se perpetua desde o início dos anos 1990 quando o estado realizou o último concurso para esta categoria.

Dessa forma, as ações do governo estadual, precisam reorientar-se no sentido de solucionar as distorções históricas que dividem as categorias, ferindo princípios isonômicos de tratamento e de remuneração. Há a necessidade de reverter o antagonismo inaceitável gerado por algumas das questões aqui apontadas para que haja uma real valorização dos/as trabalhadores/as como descrito na Nob-Rh/SUS.

Ressalta-se, que embora tenha havido um processo de discussão rico em torno da revisão desta última lei do PCCV, não se pode compreender uma nova estagnação, ausência de discussão desde o ano de 2018. A Mesa de Negociação Permanente e mesmo a Setorial da Secretaria da Saúde, não se restabelece há, pelo menos, 5 anos. A proposta de decreto para corrigir os critérios para promoção e progressão, bem como resolver graves perdas causadas pelo enquadramento parcial em 2009.

Teme-se que na prática, para além do contágio pela Covid-19, quiçá uma comparação muito forte – que o neoliberalismo não contamine o SUS, a vitória da ideologia neoliberal teria duas implicações correlatas: a desresponsabilização progressiva do Estado sobre as políticas sociais e da saúde em particular, contrariando-se na prática, o disposto na Constituição Federal, e a (re)privatização radical do sistema de saúde, pelos menos de uma parcela dos recursos de alta tecnologia, e setores mais “rentáveis” da assistência ambulatorial e hospitalar (TEIXEIRA, 1991). Assim, um Estado que respeite os princípios da nossa “Constituição Cidadã” e almeje o fortalecimento do SUS deverá buscar virar às avessas esse jogo, retomando o diálogo, a Nob-Rh/SUS, a valorização dos trabalhadores, essencialmente, reestruturando o PCCV, que isonomicamente trate todas as categorias da Saúde e garanta o ingresso através de Concurso Público.

OLHAR DA GESTÃO ESTADUAL DA SAÚDE SOBRE A IMPLANTAÇÃO DO PCCV: ESTRUTURANDO CAMINHOS, ORGANIZANDO AÇÕES, COLHENDO RESULTADOS

A Sesab se estruturou para responder à nova proposta política instalada no governo do estado a partir de 2007, tratando de superar os problemas que se acumularam nessa área nas gestões anteriores, a exemplo, a inexistência de espaços de negociação entre os representantes das diversas categorias de trabalhadores e os gestores, a falta de estímulo profissional, os desvios de função, a transgressão as leis trabalhistas, as formas ultrapassadas e arcaicas de gestão, a ausência de planos de carreiras e a falta de cuidado com a saúde do trabalhador (ALMEIDA, 2015 apud BRASIL, 2005).

Assim, em consonância com as discussões e medidas adotadas ao nível federal, a Sesab trilhou seu próprio caminho ao constituir a Política Estadual de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde do SUS - Bahia (Pegtes), reorganizar a Superintendência de Recursos Humanos da Sesab, setor responsável pela implementação da política, dos programas e das ações estratégicas nesta área, em especial a revisão do Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos (PCCV).

Um passo importante nessa direção foi a institucionalização da prática da negociação coletiva entre gestores e trabalhadores, anteriormente ausente no âmbito estadual, considerada a estratégia mais importante na adoção de uma gestão participativa e democrática. Materializada a partir da criação do Sistema Estadual de Negociação Permanente do Estado da Bahia (Senp), a Mesa de Negociação Permanente – Setorial da Saúde/ Menp – Sesab possibilitou o tratamento das pautas históricas de reivindicação dos trabalhadores, estabelecendo ações, regulamentando processos e instituindo marcos legal no campo do trabalho em saúde na Bahia (ALMEIDA, 2015).

Inicialmente esta Mesa foi composta com representantes da esfera governamental (Sesab e Saeb), esfera sindical (Sindsaude e Sindimed) e Federação dos Trabalhadores do Estado da Bahia (FETRAB), incluindo ainda, na condição de assessoria técnica do Sindsaude e Sindimed, a representação do Departamento Intersindical de Estatísticas e Estudos Socioeconômicos (Dieese).

A atuação dessa Mesa teve como marco importante, neste momento, a publicação da Lei nº. 11.373/2009 que instituiu o novo Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos (PCCV) da Sesab (ALMEIDA, 2015). Elaborado entre os anos de 2007 e 2009, mais especificamente até o dia 05 de fevereiro de 2009, foram necessárias 18 reuniões para negociação e pactuação de sua estrutura, assinatura de 02 termos de acordos, contendo macro diretrizes para orientar sua revisão e, um conjunto de medidas que apontavam para a despreciação dos vínculos e condições de trabalho e para a valorização do trabalhador da Saúde, como estratégias políticas para o enfrentamento dos problemas relacionados à gestão e administração da força de trabalho da Sesab (BAHIA, 2012b).

Neste período, como lembrou José Carlos da Silva², um dos autores deste capítulo, discutia-se, na secretaria, a necessidade de mudanças na gestão de pessoal, face à insuficiência e pouca qualificação de técnicos com perfil e/ou desejo de trabalhar nesta área, ausência de metodologias de gestão, planejamento e organização dos processos de trabalho e estruturação de carreiras, análise de custos, avaliação de desempenho, etc.

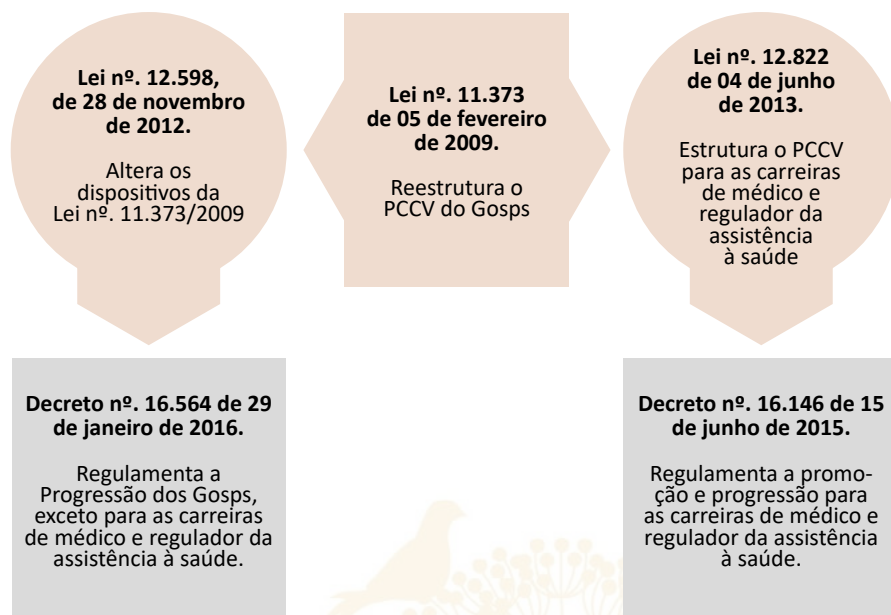
Destaca-se, naquele momento, a preocupação e o compromisso com o cumprimento dos compromissos acordados entre as entidades sindicais e o governo, possibilitando assim, a garantia dos direitos trabalhistas de todos os servidores, incluindo aposentados e municipalizados, a implementação da revisão da estrutura remuneratória, o enquadramento por tempo de serviços e valorização do grupo técnico administrativo, que havia sido excluído do grupo ocupacional por lei específica anterior à nova gestão, ao tempo em que se incluiu na pauta da Gestão do trabalho, a avaliação de desempenho, o dimensionamento da força de trabalho e o plano de educação na saúde.

Em 2011, diante das demandas específicas da categoria médica, a mesa se configurou em dois novos espaços, uma Mesa Setorial de Negociação Permanente formada por representantes Sesab e Saeb ao lado do Sindsaúde e outra entre a gestão e representantes das entidades Médicas: Conselho Federal de Medicina (CFM), Conselho Regional de Medicina do Estado da Bahia (Cremeb) e a Associação Baiana de Medicina (ABM) junto ao Sindimed. Em ambas, foi possível, em diferentes momentos, o apoio do Dieese (ALMEIDA, 2015).

Por caminhos diferentes, com o mesmo propósito, o *modus operandi* permaneceu o mesmo, sem deixar de acolher as reivindicações das entidades, tendo sido realizadas 47 reuniões. Assim, no ano de 2012, foi feita a revisão e a criação de um novo ato normativo para as carreiras, que alterou alguns dispositivos da lei anterior, passando a vigorar com nova redação, configurada na Lei 12.598, de 28 de novembro de 2012, que exclui os cargos de médico e reguladores da assistência em saúde que optaram por reestruturar suas carreiras em lei específica - Lei nº 12.822, de 04 de julho de 2013. (Figura 1)

2 - José Carlos da Silva foi consultor na secretaria entre no período de elaboração da Lei 11.373/2009.

Figura 01: Leis e Decretos elaborados no período entre 2009 a 2016, com a finalidade de regulamentar as carreiras dos servidores da Sesab. Salvador/BA, 2021.



Fonte: Relatório de Gestão - 2015-2018

Estas duas leis estabelecem a possibilidade de desenvolvimento nas carreiras por meio da progressão³, respeitando critérios específicos previsto em ato normativo próprio. Isso foi possível, a partir do incremento da nova estrutura às carreiras, as quais passaram a integrar os níveis⁴ em seu novo desenho. A principal diferença relaciona-se a estrutura remuneratória, na medida em que a lei 12.598/2012 manteve o vencimento básico, gratificação de incentivo ao desempenho e preceptoria, e a Lei 12.822/2013 modificou a estrutura remuneratória, passando os cargos de médicos e reguladores da assistência em saúde a perceberem sua remuneração por meio do subsídio.

O processo de elaboração dos planos de carreiras se estruturou em oito etapas que contemplavam: Planejamento e definição da metodologia a ser adotada; Levantamento e análise dos postos de trabalho/cargos atuais e futuros; Avaliação dos postos de trabalho/ cargos, para hierarquização ou classificação por fatores; Previsão orçamentária disponível a partir do incremento remuneratório dos novos/as trabalhadores/as; Hierarquização e estruturação dos cargos e formatação das linhas de carreiras; Estruturação remuneratória e análise prospectiva do impacto de custos; Validação

3 - Considera-se progressão a passagem de um nível para o imediatamente seguinte ao ocupado, dentro de uma mesma classe, mediante o alcance de pontuação mínima obtida em razão dos critérios estabelecidos.

4 - São as posições que expressam valores do vencimento básico dos níveis hierárquicos dentro de uma classe.

do projeto do Plano de Carreiras e do processo/etapas de implantação; e Avaliação e ajustes (reavaliação).

Com a abertura do diálogo e da negociação, os trabalhadores da secretaria tiveram êxito em parte das demandas reivindicadas, através das representações sindicais, sendo as mesmas refletidas em atos normativos que contribuíram com a regulamentação das carreiras e sua valorização. Em quase 8 anos de gestão, se discutiu e pactuou dois novos PCCV, dois novos decretos que regulamentam o desenvolvimento funcional. A institucionalização de atos normativos que regulamentaram as carreiras na secretaria possibilitou um conjunto de ações de valorização do trabalho e do trabalhador entre as quais, a possibilidade de desenvolvimento funcional na carreira, com alcance de 22.945 processos deferidos (Quadro 01).

Quadro 01: Síntese por cargo, tipo, ano de publicação e referência e total de trabalhadores contemplados com processo de desenvolvimento funcional. Salvador, Bahia, 2021.

CARGO / GRUPO	TIPO	ANO DE PUBLICAÇÃO	ANO DE REFERÊNCIA	DEFERIDOS
Gosps - Incluindo todos os servidores (Lei 11.373/09)	Promoção	2008	2008	504
		2012	2011	918
		2013	2012	1.330
		2013*	2013	1.641
		2014	2013	457
Gosps - Exceto Médico e Regulador da assistência em Saúde	Promoção	2017	2015	1.519
		2017	2016	1.919
		2017	2017	612
		2018	2017	683
	Progressão	2017	2014	7.112
		2018	2016	7.620
Gosps – Exclusivo Médico e Regulador da assistência em Saúde	Progressão	2017	2015	1.246
		2018	2016	136
		2021	2017	289
TOTAL				22.945

*Processo extraordinário

Fonte: Relatórios de Gestão 2008-2021

Entre outras iniciativas, desenvolvidas a partir das estratégias formuladas e implantadas a partir de 2007, visando o enfrentamento dos problemas relacionados à gestão e administração da força de trabalho da Sesab, destacam-se:

O **Programa de Avaliação de desempenho**, regulamentado pelo Decreto nº 13.191, de 16 de agosto de 2011, composto pelas dimensões institucional e individual, ambas com indicadores específicos e com repercussão sobre a variação da Gratificação de Incentivo ao desempenho, exceto para os cargos de médicos e reguladores da assistência em saúde e, para fins de promoção no caso destes últimos.

O **dimensionamento da força de trabalho** pratica que, embora sem uma metodologia instituída normativamente, vem subsidiando processos de contratação, movimentação e lotação de trabalhadores na secretaria, a exemplo, dos parâmetros utilizados para a contratação de trabalhadores para os hospitais de campanha implantados para o cuidado a pacientes no contexto de pandemia de Covid-19.

Por fim, o **Plano de desenvolvimento do servidor**, que contribuiu com a qualificação de 746 trabalhadores por meio da oferta de 15 cursos planejados e sistematizados no Plano Anual de Capacitação – PAC da Superintendência de Recursos Humanos (Superh)/Diretoria de gestão do Trabalho e Educação na Saúde (Quadro 02).

Quadro 02: Síntese por ano de realização, curso, público-alvo e total de trabalhadores qualificados, nos cursos previstos no Plano Anual de Capacitação sob responsabilidade da Dgtes. Salvador, Bahia, 2021.

ANO	CURSOS	PÚBLICO ALVO	TOTAL DE TRABALHADORES QUALIFICADOS
2015	Atualização das comissões locais de desenvolvimento funcional	Trabalhadores de setor pessoal e recursos humanos das unidades	93
2017	Atualização para instrutores do Programa Permanecer – SUS	Instrutores do Programa Permanecer-SUS	30
	Atualização para os apoiadores da humanização	Apoiadores da humanização	30
	Atualização para qualificação do trabalho dos núcleos de gestão do trabalho e educação na saúde	Núcleos de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (Nugtes)	35
	Atualização das comissões locais de desenvolvimento funcional	Trabalhadores de setor pessoal e recursos humanos das unidades	30
2018	Curso de Atualização dos multiplicadores do programa estadual de avaliação de desempenho – 3 turmas	Multiplicadores do Pad nas da Rede Própria sob Gestão Direta	75
	Curso de Atualização em Planejamento da Força de Trabalho	Coordenadores e técnicos das unidades e nível central da Sesab	24
	Curso de Atualização: Discutindo a Transgeneridade no SUS	Apoiadores de Humanização	29
	Curso de Atualização em Saúde do Trabalhador	Siast, Trabalhadores de Referência do Paist e CLST	40
	Curso acolhimento por classificação de risco	Trabalhadores de Emergência do HGRS	30
2019	Curso de qualificação das Comissões Locais de Saúde do Trabalhador (CLST) – 1º e 2º módulos	SIAST, Trabalhadores de Referência do Paist e CLST	30
	Curso unificado de Formação de Comissões Locais de Saúde do Trabalhador.	Trabalhadores membros CLST	30
	Oficina de atualização no atendimento ao público – 6 turmas	Trabalhadores que atuam como recepcionistas nos setores da Secretaria	180
	Oficinas de atualização para os trabalhadores dos Núcleos de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (Nugtes)	Trabalhadores referência dos Nugtes	60
	Curso de atualização sobre acolhimento às pessoas em situação de rua	Apoiadores da Humanização nas unidades da rede	30
TOTAL			746

REFLETINDO O CAMINHAR

A trajetória apresentada até aqui demonstra os avanços no âmbito da gestão do trabalho no enfrentamento da problemática que envolve o mundo do trabalho, as estratégias e os caminhos adotados para o fortalecimento da gestão democrática e participativa, ao tempo em que busca a humanização das relações e condições do trabalho e a valorização do trabalhador, compreendendo-os como fundamentais para a qualificação do SUS - Bahia.

Em tempos de perdas de direitos e expansão da terceirização e precarização nas relações de trabalho, o cenário futuro aponta a redução dos números e postos de trabalhos ocupados por trabalhadores efetivos, que provavelmente se restringirão às funções estritas do do Estado, a exemplo dos cargos das vigilâncias sanitárias, regulação, segurança pública, receita federal, etc. Essas questões devem se configurar como uma pauta permanente da agenda da classe trabalhadora a ser enfrentada nos próximos anos.

Frente a este cenário, consideramos necessário a continuidade e fortalecimento de espaços de discussão e negociação das relações e processos de trabalho, com ênfase na gestão participativa e na articulação entre os sujeitos, oportunizando a autonomia, o protagonismo e a valorização do trabalhador da saúde e do seu trabalho. Nesse sentido, apesar de compreendermos que mudanças na cultura de uma organização, esbarram em dificuldades ainda hoje presentes, a exemplo da centralização das informações e de poder, consideramos que estas podem ser superada pelo esforço coletivo de construção e operacionalização de estratégias articuladas de gestão do trabalho e educação na saúde.

Numa análise mais geral e atual, deve-se considerar que os profissionais e os trabalhadores de saúde, desde o início do ano de 2020 até o presente momento estão envolvidos direta ou indiretamente no enfrentamento da pandemia da Covid-19, expostos cotidianamente ao risco de adoecer pelo Coronavírus (Covid-19), sendo que a heterogeneidade que caracteriza este contingente da força de trabalho determina formas diferentes de exposição, tanto ao risco de contaminação quanto aos fatores associados às condições de trabalho. O cansaço físico e estresse psicológico, insuficiência e/ou negligência com relação às medidas de proteção e cuidado à saúde desses profissionais, ademais, não afetam da mesma maneira as diversas categorias (TEIXEIRA et al 2021).

Urge que o Estado amplie sua responsabilização por tão valiosa força de trabalho, sem que as “heroínas” e os “heróis” estejam necessariamente no enfrentamento de uma pandemia. É fundamental que o estado exerça seu papel de empregador, mas também que humanize as relações, reconheça e valorize seus profissionais. O medo de adoecer, o cotidiano com o sofrimento do outro, a frequente presença da morte, são alguns dos desafios dos/as

trabalhadores/as da saúde, somam-se a estas questões a piora das condições salariais, que impactam nas condições da existência humana.

Neste contexto, é imprescindível garantir um mínimo de tranquilidade para essa classe, tão fundamental para proteção da vida, com jornadas de trabalho dignas e padrões remuneratórios compatíveis com o exercício profissional, evitando-se assim, a busca de outros vínculos de empregos para o sustento de suas famílias, além de processos de trabalho organizados, vínculos estáveis e relações democráticas e participativas, ficando evidenciada a necessidade do restabelecimento das “Mesas de Negociação” com a participação dos sindicatos, como premissa para discussão e reestruturação das Leis dos PCCV’s vigentes.

REFERÊNCIA

Aquino CAB, Moita DS, Correa GM & Souza KO. O fenômeno da precarização e da flexibilização laboral no âmbito da universidade pública brasileira: O caso dos professores substitutos. *Athenea Digital: Revista de Pensamento e Investigación Social*. 2014; 14(1): 173-193.

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Discutindo Carreiras no SUS/ Progestores - Nota Técnica 29/2013*. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2013. 15p.

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *A Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde*. Brasília: CONASS, 2011. 120 p.

Brasil. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília (DF): Senado Federal; 1988.

Brasil. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 20 de setembro de 1990.

Brasil. Ministério da Saúde. *CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8. Relatório final*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1986.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Princípios e Diretrizes para Nob/RH-SUS/ Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde*. – 2. ed., rev. e atual., 2ª reimpressão – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

Jacobina RR. *Memória histórica do bicentenário da Faculdade de Medicina da Bahia* (2008). Salvador: Faculdade de Medicina da Bahia, 2012. v. 2.

Paim J; Travasso C; Almeida C; Bahia L; Macinko J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *The Lancet*, [online] 9 May, 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/artigo_saude_brasil

Paiva CH; Teixeira LA. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos* [online]. 2014, v. 21, n. 1, pp. 15-36.

Pinto ICM, Padilla M, Nunes TCM. Trabalho e educação em saúde: desafios para a garantia do direito à saúde e acesso universal às ações e serviços no Sistema Único de Saúde. In: *Organização Pan-Americana da Saúde (Opas). Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030*. Brasília: Opas; 2018

Rizzo TP; Lacaz FAC. Limites dos planos de cargos, carreiras e salários para despreciação das relações de trabalho no SUS. *Trabalho, Educação e Saúde* [online]. 2017, v. 15, n. 2, pp. 399-420.

Silva I. A reforma do Estado brasileiro nos anos 90: processos e contradições. *Lutas Sociais*. 2004;0(7):81-94.

Swheelen PV; Pierantoni CR; Magnago C; França T; Miranda RG. Planos de carreira, cargos e salários no âmbito do Sistema Único de Saúde: além dos limites e testando possibilidades. *SAÚDE DEBATE | RIO DE JANEIRO, V. 41, N. 112, P. 110-121, JAN-MAR 2017*

Teixeira CFS, Soares CM, Souza EA, Lisboa ES, Pinto ICM, Andrade LR, Esperidião MA. A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid- 19. *Cien Saude Coletiva* 2020, 25(9):3465-3474.

Teixeira CFS. *Municipalização da Saúde - Os Caminhos do Labirinto*. R. Bras. Enferm., Brasília 44,(1): 10-15, jan/jmar. 1 991

Teixeira, Rodolfo. *Memória Histórica da Faculdade de Medicina do Terreiro de Jesus (1943-1995)*. Salvador: Edufba, 1999.

CAPÍTULO 7

*Angélica Araújo de Menezes
Bruno Guimarães de Almeida
Edivânia Lucia Araujo Santos Landim
Joana Angélica Simão Demarchi
Louise Miranda de Sena Veiga
Suzana Costa Carvalho Neri*

Uma agenda de implantação da Avaliação de Desempenho para os Trabalhadores da Saúde: o caso da Sesab

É impossível avaliar a força que
possuímos sem medir o tamanho
do obstáculo que ela pode vencer,
nem o valor de uma ação sem
sabermos o sacrifício que ela comporta

Fred Smith

UMA AGENDA DE IMPLANTAÇÃO DA AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO PARA OS TRABALHADORES DA SAÚDE: O CASO DA SESAB

INTRODUÇÃO

A avaliação de desempenho individual remonta os tempos da Administração Científica, tendo como precursor os estudos de Taylor que visavam a maximização da produtividade e lucratividade, mediante a redução do esforço físico e racionalização dos movimentos efetuados pelos trabalhadores. A incorporação dessa racionalidade científica incluía o pagamento de maiores salários e prêmios por superação de metas, estimulando o alcance de ganhos de eficiência na geração de produtos melhores e mais baratos (DUTRA et al., 2006; FERREIRA et al., 2012; DONATO et al., 2013).

Sob essa perspectiva, a avaliação de desempenho profissional, compreendida como um sistema formal e sistemático de apreciação do trabalho, emergiu desde que a gestão das organizações começou a ser teoricamente elaborada (CAETANO, 1990). Entendida pela abordagem mecanicista da administração como uma ferramenta para verificar a adaptação do homem ao trabalho previamente definido, a avaliação de desempenho passou por um processo de mudanças no seu decurso histórico, em razão da globalização da economia e dos mercados e das exigências por vantagens competitivas, em um cenário instável, volátil, em constante processo de transformação.

À compreensão inicial de controle, incorpora-se a noção de capacidade de trabalho decorrente de aptidões, atuações e comportamentos (BERGAMINI e BERALDO, 1988). Por sua vez, o entendimento contemporâneo considera que o desempenho dos indivíduos e grupos constituem um fator crítico para a vantagem competitiva das organizações, cuja *performance* pode ser afetada por um conjunto de recursos ou variáveis de natureza distintivas, como condições de trabalho, cultura, clima organizacional, procedimentos e processos de trabalho, gerenciamento, entre outros, de modo que o indivíduo não pode ser responsabilizado isoladamente pelos resultados obtidos (FERNANDES, FLEURY e MILLS, 2006; SOUZA et al, 2012).

Nesse sentido, a avaliação de desempenho não implica avaliar pessoas, mas identificar e analisar os fatores organizacionais que afetam o desempenho superior esperado, com vistas a implementar medidas para eliminar as fontes geradoras de problemas e/ou bloqueios ao alcance dos resultados almejados (SOUZA et al, 2012). De fato, o desempenho do trabalho não pode ser desvinculado do seu contexto e condições organizacionais, recursos materiais, humanos, informacionais, gerenciais, nem tampouco do ambiente externo.

Com base nesse entendimento, os objetivos da avaliação de desempenho são direcionados para cinco áreas, quais sejam: treinamento/desen-

volvimento, aumentos salariais e promoção, comunicação, planejamento de recursos humanos e aspectos legais (ANDREASSI, 1994). Nessa direção, a avaliação de desempenho tende a ser um mecanismo para identificação das lacunas de competências e aptidões dos funcionários, subsidiando programas de capacitação e treinamento (LOTTA, 2002), promoção, progressão na carreira e não um sistema de punição para fins de demissão do trabalhador e redução da estabilidade funcional.

Embora a avaliação de desempenho não seja um tema novo na literatura, o debate em torno da gestão de desempenho organizacional, voltada para o monitoramento e avaliação da performance empresarial e da avaliação individual como uma ferramenta utilizada pela gestão de desempenho, ganha novo impulso com a emergência do conceito de competência, organizacional e individual, desencadeada pela crescente globalização, dinamismo dos mercados, revoluções tecnológicas e acirramento da concorrência.

Sob essa perspectiva, competência implica saber mobilizar repertório para atender as demandas do contexto de forma adequada (DUTRA, 2009) ou, então, capacidade para combinar e mobilizar os recursos existentes na organização para buscar alcançar metas e resultados (RUAS, 2005). Competência requer mobilizar, integrar e transferir os conhecimentos, recursos e habilidades, num contexto profissional determinado, agregando valor econômico e social (FLEURY e FLEURY, 2001).

De acordo com Fernandes, Fleury e Mills (2006), o conceito de competência organizacional mantém uma correlação direta com desempenho, visto que este se refere aos resultados alcançados por uma organização num determinado período. Para isso, é preciso que os recursos (físicos, humanos; ativos tangíveis e ativos intangíveis; valores e cultura; procedimentos e sistemas; redes de relacionamento; conhecimentos etc.) sejam mobilizados, coordenados e entregues para que se alcance a *performance* organizacional (FERNANDES, FLEURY e MILLS, 2006).

Ao analisar a correlação entre competência e desempenho, observa-se na literatura que a avaliação de desempenho organizacional tem sido frequentemente associada às ferramentas gerenciais de planejamento e gestão estratégica das organizações, entre elas, o *Balanced Scorecard* (BSC) desenvolvido por Kaplan e Norton. Para tanto, parte-se da premissa que as diretrizes estratégicas da organização, traduzidas em sua missão e visão de futuro, podem funcionar como direcionadoras para alinhar a avaliação de desempenho organizacional e individual às entregas à sociedade, por meio de um elenco de indicadores predefinidos e das competências individuais mobilizadas para gerar valor econômico e social.

Contudo, observa-se que essas abordagens estratégicas, disseminadas por meio dos seus variados modelos de gestão do desempenho e de

competências, advém de uma lógica empresarial aportadas na administração pública brasileira, a partir da Reforma Administrativa do Estado, implementada na década de 1990. Todavia, não se trata aqui de negar a importância da adoção de ferramentas de avaliação de desempenho na administração pública, mas de refletir sobre sua adequação à gestão pública, em especial com o contexto complexo e multifacetado do Sistema Único de Saúde (SUS).

Com base nestas concepções e pressupostos teóricos, este capítulo apresenta uma análise dos processos de elaboração e revisão do Programa de Avaliação de desempenho (Pad) na Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (Sesab), a partir de 2011. Para isso, traz, inicialmente, uma breve revisão do percurso da Avaliação de desempenho na Administração pública brasileira, e, particularmente no âmbito do processo de construção do SUS. Em seguida, descreve os procedimentos metodológicos adotados para a elaboração do Pad na Sesab, as revisões efetuadas e a situação atual.

AValiação de desempenho no SUS

O Sistema Único de Saúde é resultante de um arranjo federativo, cujos entes federados possuem autonomia político-administrativa, com amplas responsabilidades na gestão do sistema, com competências exclusivas e concorrenciais, de modo que seu desempenho está condicionado à articulação federativa, a assunção compartilhada de responsabilidades sanitárias, provisionamento adequado de recursos humanos, financeiros, tecnológicos, entre outros. Ou seja, os resultados de gestão dependem de esforços conjugados das três esferas de governo, bem como das condições materiais e imateriais necessárias à oferta de serviços.

Tomando de empréstimo o conceito de competências essenciais Prahalad e Hamel (1990)¹, poder-se-ia afirmar que o SUS tem como competências distintivas os seus princípios orientadores, isto é, a universalidade do acesso, a integralidade e equidade do cuidado e o controle social, visto que se trata de uma política de Estado, o que colide com os interesses empresariais e a lógica de organização e produção desses serviços, focados na maximização dos lucros. Ao SUS interessa a geração de valor social e não de consumo, haja vista que sua missão precípua é a garantia do direito à saúde da população e não a oferta de uma carteira de serviços de baixa cobertura para um grupo de clientes.

O SUS, portanto, não tem consumidores ou clientes, mas cidadãos de direito e, portanto, usuários das ações e serviços públicos. O SUS é uma rede de pessoas, recursos, trabalho e competências, que dependem essencialmente da valorização do trabalho e trabalhador, da despreciação dos vínculos e das condições de trabalho, do financiamento compatível com as crescentes demandas da sociedade, do desenvolvimento de ciência, pesquisa, tecnologia e inovação.

1 - Entende-se como competências essenciais (core competences) aquelas que são distintivas, difíceis de serem imitadas e que oferecem benefícios aos seus consumidores (PRAHALAD e HAMEL, 1990).

Ao longo dos seus 33 anos de existência o SUS tem sido alvo constante de questionamentos quanto a qualidade da atenção, a garantia do acesso universal, o acolhimento e a efetividade na resolução de problemas e atendimento às necessidades de saúde da população.

Por conta disto, tem-se retomado o debate em torno da avaliação de desempenho por competências, com as abordagens de Le Boterf (1997), focada na mobilização e articulação, e de Sandberg (1996), centrada na interação, cujos estudos não se limitam ao enfoque racionalista e reducionista de competências como uma lista de atributos. Para Sandberg (1996), o desenvolvimento de competências deve ser compreendido a partir de uma abordagem interpretativa com base nas práticas organizacionais, com ênfase para as experiências, vivências e a compreensão do significado do trabalho (BITENCOURT, 2004).

Nesse contexto, as competências se desenvolvem por meio da interação entre as pessoas no ambiente de trabalho, favorecendo a transversalidade e complementaridade das ações, não se atendo a um perfil idealizado de atributos, mas em práticas gerenciais complementares e articuladas, que se constituem em campo fértil para o desenvolvimento e fortalecimento de competências coletivas (BITENCOURT, 2004).

Ao considerar que a mobilização das capacidades e recursos dos indivíduos são reflexos das competências organizacionais (FLEURY e LACOMBE, 2003), verifica-se a relação de interdependência entre desempenho organizacional e individual, tratando-se, portando, de unidades indissociáveis. Entretanto, é essencial a adoção de modelos de avaliação de desempenho, institucional e individual, que acolham as exigências dos serviços quanto à melhoria da capacidade instalada e a proteção do exercício profissional (PIERANTONI et al, 2011) de modo a resguardar o direito à saúde.

O CAMINHAR METODOLÓGICO-PEDAGÓGICO DA SESAB PARA A IMPLANTAÇÃO DO MODELO DE AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO

O processo de formulação do Programa de Avaliação de Desempenho (Pad), no âmbito da Sesab, enfrentou movimentos sucessivos de avanços, re-cuos e de inflexão em sua trajetória, de modo que num primeiro momento, descreve-se a ação indutora do governo por meio dos marcos legais-normativos, seguida de uma breve contextualização dos quatro ciclos de revisão do programa e, por fim, o detalhamento de cada uma dessas fases ou ciclos.

AÇÃO INDUTORA: MARCOS LEGAIS-NORMATIVOS

Como estratégia de fortalecimento da Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) aprovou, em 2003, resolução para aplicar os Princípios e Diretrizes da Norma Operacional Básica

de Recursos Humanos para o SUS (Nob-Rh/SUS) como Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, (CNS, 2003a, 2003b). Nesse mesmo ano, o Ministério da Saúde (MS) reformulou a estrutura e o status da área de recursos humanos no seu âmbito, criando a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (Sgtes), constituída por dois departamentos, o de Gestão da Educação na Saúde (Deges) e o de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (Degerts). Tal reformulação, fomentou a inclusão dessas pautas na estrutura organizacional das gestões estaduais e municipais, incluindo a discussão para o estabelecimento de uma adequada política para os trabalhadores, convocando os gestores do SUS ao desenvolvimento das ações propostas (BRASIL, 2011).

Em 2004, o MS constitui uma Comissão Especial para elaboração das Diretrizes do Plano de Carreira, Cargos e Salários do âmbito do SUS, coordenada pela Sgtes/MS. O documento final elaborado por essa comissão, intitulado “Diretrizes Nacionais para a Instituição de Planos de Carreiras, Cargos e Salários no Âmbito do Sistema Único de Saúde”, relaciona os princípios que devem nortear as Diretrizes dos Planos de Carreira apontando, entre outras ações estratégicas, para a avaliação de desempenho (BRASIL, 2011).

Em 2006, o Pacto pela Saúde define como uma de suas prioridades para estruturação da Gestão do Trabalho no SUS o planejamento e a elaboração de Planos de Carreiras, Cargos e Salários nos territórios como instrumento que visava regular as relações de trabalho e o desenvolvimento do trabalhador, bem como a consolidação da carreira como instrumento estratégico para a política de recursos humanos no SUS (CONASS, 2006).

A publicação desses marcos regulatórios, ainda que se configurem como ações indutoras e positivas, representaram avanços limitados, no sentido da concretização de mudanças efetivas, entre elas, a resolução das pautas trabalhistas no âmbito do SUS. Nesse sentido, objetivando compor as ações de consolidação da gestão do trabalho no estado na Bahia, a Sesab instituiu, por meio do Decreto Estadual nº. 11.191, de 16 de agosto de 2011, o Pad, que vincula a variação da gratificação de desempenho e o desenvolvimento na carreira à mensuração de indicadores e metas na perspectiva individual e institucional, subsidiando desse modo, os parâmetros para a percepção da remuneração variável pelo servidor e a promoção funcional.

Ressalta-se que o Pad foi desenvolvido com a finalidade de atender os dispositivos da Lei Estadual nº. 11.373/2009, que reestrutura o grupo ocupacional serviços públicos de saúde, bem como o seu plano de cargos, carreiras e vencimentos (PCCV), contemplando, em seu artigo 15, a avaliação de desempenho individual e institucional e, no artigo 19, a Gratificação de Incentivo ao Desempenho (Gid). Por sua vez, as propostas das Leis nº. 12.598/2012 e 12.822/2013, respectivamente, alteram os dispositivos da Lei nº. 11.373/2009 e reestruturam as carreiras de Médico e Regulador da Assistência em Saúde, com vistas à solidificação de um processo de valorização dos trabalhadores da Sesab.

Vale ressaltar que a Lei que instituiu o PCCV fundamenta-se, entre outras premissas, no desenvolvimento dos trabalhadores de carreira, tendo como base de referência o Pad. Para tanto, argumentava que o investimento nesse programa influenciaria não somente na melhoria das ações e serviços do sistema de saúde baiano, mas também, na satisfação dos servidores com esse processo e o resultado do seu trabalho. Diante desse contexto, a implantação do Pad se constituiu em relevante instrumento técnico-político-pedagógico, configurando-se como um novo caminho para a valorização do trabalho e do trabalhador, bem como um dispositivo auxiliar na gestão do trabalho, capaz de contribuir para o desenvolvimento e a qualificação das ações e serviços no âmbito administração pública no estado da Bahia.

CICLOS DE FORMULAÇÃO E REVISÃO DO PAD: BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO

O Pad constitui-se em importante instrumento para qualificação da gestão e da atenção à saúde no estado da Bahia, tendo como objetivo geral desenvolver uma cultura de gestão orientada para resultados. Para tanto, estabeleceram-se como diretrizes orientadoras: mobilizar os trabalhadores em torno da missão do serviço, orientando suas atividades em função de objetivos claros e critérios de avaliação transparentes; reconhecer o mérito, assegurando a diferenciação e valorização dos diversos níveis de desempenho; promover a comunicação eficaz entre a gestão e os trabalhadores, estabelecendo instrumentos que possam aferir a evolução do processo de avaliação de desempenho; propiciar a identificação de necessidades de formação e qualificação para os trabalhadores com vistas ao atingimento dos resultados.

A construção desse programa inicia-se em 2010, quando aconteceram reuniões com os diversos setores da Sesab central, com o intuito de pensar coletivamente as estratégias e dispositivos legais-normativos para a regulamentação da avaliação de desempenho individual e institucional, prevista no novo Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos. Nessa fase, foram criados critérios para a variação da Gid, compreendida como remuneração variável dos trabalhadores, que foi fixada em duas faixas percentuais, sendo 60% para avaliação de desempenho institucional e 40% para avaliação individual. Assim, definiu-se que a avaliação consistiria na aferição das metas mensuradas por meio de indicadores quantitativos e qualitativos, objetivando analisar a taxa de desempenho das unidades gestoras e assistenciais da secretaria e do conjunto de seus trabalhadores.

Nesse contexto, o Pad foi implementado em 2011 em cinco ciclos regulares e ininterruptos, compreendendo os períodos de julho/2011 a junho/2012; julho/2012 a junho/2013; julho/2013 a junho/2014; julho/2014 a junho/2015 e julho/2015. Entretanto, no decorrer desses períodos, algumas unidades passaram a enfrentar dificuldades no alcance das metas institucionais, mesmo apresentando produção e resultados satisfatórios ao longo dos

meses, o que culminou com um processo de análise dos possíveis problemas que estavam impactando na avaliação negativa desses serviços. Por essa razão, em junho de 2013, a comissão que participou do processo de elaboração do Pad, em 2011, foi reconstituída com o propósito de rever o programa.

Em decorrência dos impactos nos processos de trabalho e relações entre trabalhadores e gestores, a gestão da Sesab decidiu manter o resultado da aferição das metas inalterado, ou seja, replicar pelo trimestre seguinte, a partir de agosto/2013, o resultado da avaliação alcançado no 3º trimestre do ano de 2012, inicialmente apenas para duas unidades de saúde e, a partir de agosto de 2015, para todas as estruturas da Sesab. Essa medida, de caráter transitório, visava evitar a redução dos ganhos auferidos pelos trabalhadores nos dois anos do programa. Tal situação perduraria, somente, até a implementação de nova proposta de avaliação de desempenho, que na época foi apresentada, contudo não foi implementada.

Conforme se observa, o Pad já foi revisado quatro vezes, respectivamente, em 2013, 2015/2016, 2017/2018 e 2020/2021. Contudo, salienta-se que as três primeiras reconfigurações propostas, não foram executadas por motivos de natureza político-institucional. Sendo assim, a revisão mais recente do Pad, finalizada em julho de 2021, foi construída de maneira amplamente participativa e dialógica com os diversos setores e trabalhadores da Sesab, incluindo as representações de classe e o controle social, e contou com os serviços especializados de uma empresa de consultoria.

PRIMEIRA VERSÃO DO PROGRAMA DE AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO (2011)

Após a promulgação da Lei 11.373, iniciaram-se os esforços para a implementação de seus componentes. Para tanto, entre março de 2009 e fevereiro de 2010, a equipe da gestão do trabalho inicia ampla pesquisa na literatura e de experiências em avaliação de desempenho em instituições públicas, a fim de obter a acumulação teórica necessária para a coordenação do processo de construção e implementação do Programa de Avaliação de Desempenho.

Em março de 2010, a Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (Dgtes) cria Grupo de Trabalho com a participação de servidores da própria Dgtes e Diretoria de Administração de Recursos Humanos (Darh), ambas integrantes da macroestrutura de gestão da Superintendência de Recursos Humanos (Superh), Assessoria Técnica da Superh; Diretoria Gestão de Rede Própria (Dgrp) e Assessoria da Superintendência de Atenção Integral à Saúde (Sais); Diretoria de Modernização Administrativa (DMA); e Diretoria de Controle das Ações e Serviços de Saúde (Dicon) da Superintendência de Gestão dos Sistemas de Regulação de Atenção à Saúde (Suregs), para construção dos atos normativos específicos e proposta metodológica do Pad na Sesab. Após 18 reuniões de trabalho, o grupo constrói, com a validação e parceria da Secretaria

de Administração do Estado da Bahia (Saeb), os seguintes produtos:

- Decreto nº 13.191, de 16 de agosto de 2011, o qual regulamenta a Avaliação de Desempenho e a concessão da Gid;
- Portaria Conjunta Sesab/Saeb nº 16, de 29 de agosto de 2011, que determina os indicadores e metas a serem apurados na Avaliação de Desempenho;
- Instrução Normativa Conjunta Sesab/Saeb nº 001, de 29 de agosto de 2011 e;
- Sistema de Informação para operacionalização do Pad.

Esse Sistema de Informação apresentou limitações operacionais devido a falta de interoperabilidade com os Sistemas Ministeriais e de Recursos Humanos do Governo da Bahia, porém, foi uma tentativa válida para automatização da apuração e da implementação dos resultados obtidos na vida funcional do servidor.

A proposta metodológica da avaliação de desempenho foi apresentada no Colegiado de Gestão da Sesab e na mesa de negociação, com posterior validação pela Superintendência de Recursos Humanos da Saeb e Sindicatos (Sindicato dos trabalhadores em Saúde do Estado da Bahia – Sindsaúde e Sindicato dos Médicos – Sindimed). A proposta também foi apresentada, para apreciação, em três reuniões com representantes dos Núcleos de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (Nugtes), das ex-Diretorias Regionais de Saúde (Dires), atualmente Núcleos Regionais de Saúde (NRS) e dos trabalhadores do nível central da Sesab.

O processo estruturado à época, definiu que a avaliação do desempenho consideraria as dimensões institucional e individual. Os indicadores propostos objetivaram analisar a taxa de desempenho das unidades gestoras e assistenciais da Sesab, na perspectiva de fomentar e desenvolver uma cultura de gestão orientada para resultados. A fim de contribuir com a ampliação do acesso e avançar nas questões de natureza macroestruturais, foram escolhidos, nesse primeiro momento, os seguintes indicadores por classificação de serviço:

- Unidades Hospitalares sob gestão direta, a taxa de desempenho institucional considerou os desempenhos ambulatorial, com base na Programação Físico-Orçamentária (FPO), e hospitalar, com base nas internações programadas e realizadas, levando em conta a taxa de ocupação hospitalar, leitos operacionais dia e tempo médio de permanência de cada instituição;
- Centros de Referência, Unidades de Emergência, Lacen-Bahia e Hemoba, considerou-se a taxa de desempenho da FPO;
- Nível Central e Regional, considerou-se a média de alcance das metas pactuadas pelas unidades da rede própria.

Como consequência da implantação do Pad, observou-se a necessidade das unidades buscarem a melhoria dos registros dos procedimentos hospitalares e ambulatoriais e do tempo de internação, considerando que estes eram as fontes de dados para cálculo dos indicadores do programa. Como resultado desse processo, verificou-se melhorias das práticas em saúde, a exemplo de diminuição de glosas e perdas dos procedimentos realizados, redução do índice de renovação, a revisão e manutenção das fichas de programação orçamentária e a redução da alta taxa de absenteísmo encontradas nas unidades da rede própria.

Paralelamente a esse processo de construção de indicadores para composição do Pad, a Sesab passou a buscar parceiros institucionais com *expertise* nesse tema, desde fundações sem fins lucrativos até o apoio institucional do Ministério da Saúde (MS), de modo a qualificar a formulação e implementação dessa tecnologia de gestão. Após muitas tratativas, obteve-se apoio do MS para a construção dos Termos de Compromisso de Gestão, os quais se constituíram em importante componente para validação do programa.

Esses Termos de Compromisso extrapolaram seu limite e funcionaram também como instrumentos legais que regularam a relação entre a gestão do sistema estadual de saúde e as unidades prestadoras de serviços de saúde da rede própria estadual, definindo os objetivos, atribuições, responsabilidades e obrigações, de ambas as partes, na prestação desses serviços à população baiana. Esses Termos continham ainda, os indicadores e metas institucionais pactuados para o Pad, constantes no Plano Operacional Anual (Poa), porém não se resumiam a estes.

REVISÕES DO PROGRAMA DE AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO (2013, 2015/2016 E 2017/2018)

Diante da necessidade de discussão e elaboração de nova proposta para o Pad, na revisão de 2013 foram incorporados outros atores, tornando o processo mais participativo. Para tanto, foram constituídos quatro grupos de trabalho: Desempenho Hospitalar, Desempenho Ambulatorial, Desempenho do Nível Central e Regional, e Desempenho Individual.

Esses grupos tiveram como objetivo levantar as dificuldades encontradas no processo de implementação do programa, bem como propor novas estratégias para viabilizar a sua execução. Na oportunidade, percebeu-se a necessidade de aperfeiçoar os instrumentos de programação e registro das unidades, para que estivessem mais adequados ao perfil de sua demanda e capacidade instalada. Também foi necessário realizar a adequação dos cálculos dos indicadores hospitalares e ambulatoriais.

Em 2015/2016, deu-se início a outro processo de revisão do Pad, visando atender a demanda apresentada pelos novos gestores da Sesab. Nesse contexto, a seleção dos indicadores institucionais considerou alguns critérios relevantes como factibilidade e periodicidade para qualificação das informações apresentadas pelas unidades da rede própria, objetivando a melhoria da produção e da atenção prestada aos usuários do SUS-BA. Assim, o componente institucional seria avaliado por indicadores classificados em quatro tipos: custo, faturamento, produção e qualidade.

Nesse período, fez-se uma proposição de indicadores específicos para a avaliação institucional do nível central, porém, não foi incorporada à revisão final. Além disso, elaborou-se instrumentos para iniciar a aferição da avaliação individual a partir das perspectivas comportamental e matriz de responsabilidade, somando-se a elas, o cumprimento da jornada de trabalho (controle da frequência).

Na revisão de 2017/2018, foram incorporados representantes das unidades de saúde e as discussões foram direcionadas para a qualificação dos indicadores anteriormente propostos, tendo permanecido quatro tipos de indicadores para o Pad: (i) *custo* (custo por saída, custo por leito operacional dia, custo por consulta e custo por procedimento); (ii) *faturamento* (desempenho do faturamento e glosa); (iii) *produção* (giro leito e produção ambulatorial); e (iv) *qualidade* (implantação de espaços de co-gestão, tempo resposta das demandas de ouvidoria, implantação do Núcleo de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde – Nugtes, ensaio de proficiência e densidade de incidência das infecções relacionadas à saúde).

Na avaliação individual, além das perspectivas comportamental e de responsabilidade, a proposta acrescentava duas outras perspectivas: técnica e resultado. Além disso, a avaliação de desempenho funcional seria do tipo 180º, ou seja, com a aplicação de instrumentos de autoavaliação, avaliação do chefe imediato e de outro membro da equipe de trabalho que atua no mesmo local do servidor avaliado. Para tanto, foram elaborados instrumentos adequados ao campo da saúde, contemplando as especificidades da área assistencial e administrativa.

Destaca-se que nesta revisão as metas a serem alcançadas passariam a serem pactuadas entre os Gestores das Unidades de Saúde e o Secretário de Saúde do Estado. Concomitante a esse processo de revisão, foi construído o Sistema Integrado de Gestão do Trabalho na Saúde, com objetivo de otimizar o processamento da informação, auxiliar o planejamento, avaliação e monitoramento e subsidiar a tomada de decisão por gestores da secretaria. Esse sistema era composto por três módulos, a saber: Programa de Avaliação de Desempenho, Dimensionamento da Força de Trabalho, Saúde e Segurança do Trabalhador.

SITUAÇÃO ATUAL DO PROGRAMA DE AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO – 2020/2021

A implantação do Pad configura-se como dispositivo da gestão do trabalho a ser meta no programa de governo do poder executivo estadual. Soma-se a essa prioridade política de governo, a necessidade de cumprimento das normativas que regem o programa, viabilizando dessa forma a continuidade do processo de variação da Gid e o desenvolvimento funcional.

Em setembro de 2019, iniciou-se outro processo de revisão do Pad, contando com a participação e representação de todas as unidades de saúde sob gestão direta do estado, bem como dos órgãos e estruturas administrativas que compõe o nível central da Sesab. Esta revisão do Pad aconteceu em sete momentos, abaixo descritos:

1º Momento: *Apresentação da proposta e alinhamento conceitual sobre boas práticas de gestão do desempenho.* Esse momento inicial ocorreu por meio de um seminário *online* apresentado pela plataforma *Zoom* e *YouTube*, com representantes de todas as unidades de saúde, além dos órgãos e setores que compõe a Sesab central. O evento teve como foco a reflexão sobre os principais conceitos da gestão de desempenho e como ela pode impulsionar a melhoria da *performance* de indivíduos e equipes, analisando referências nacionais e internacionais para subsidiar as futuras discussões.

2º Momento: *1ª Workshop para construção de indicadores institucionais do Pad.* Esse momento, aconteceu por meio de uma oficina realizada pela Plataforma *Zoom*, cuja programação foi direcionada para explanação sobre a metodologia da Avaliação de Desempenho proposta pela consultoria contratada. Essa oficina foi fundamental para iniciar as discussões para escolha dos indicadores prioritários e eletivos para compor o programa. Destaca-se que, nessa fase, foram criados grupos para a construção dos indicadores, pois desde o início tinha-se clara a proposta de formulação de indicadores por tipo de unidade assistencial e para o nível central da Sesab. Nessa perspectiva, foram, inicialmente, formados quatro grupos de trabalho, compostos por Unidades Assistenciais, Unidades de Vigilância, Unidades Gestoras e Unidades Administrativas. No decorrer das atividades, os grupos foram subdivididos, de modo a promover uma melhor capilaridade das discussões. Os grupos trabalharam em separado para desenvolver duas atividades. A primeira tratou de refletir e relatar, de forma integrada, as principais entregas da instituição de saúde e/ou estrutura administrativa da Sesab central e os impactos desejados para o cidadão. Em seguida, procedeu-se a realização da segunda atividade, dedicada à construção dos indicadores, cujo objetivo consistiu em discutir e propor, conjuntamente, um elenco de indicadores mais pertinentes para gerenciar os resultados institucionais aderente à natureza de cada unidade, tendo em vista sua representatividade, clareza, alinhamento com os instrumentos de planejamento governamental e do SUS, utilidade/relevância, validade/confiabilidade, custo/benefício.

3º Momento: *Oficina para priorização dos indicadores institucionais.*

Realizou-se oficina presencial na Escola de Saúde Pública da Bahia (Espba), para priorização dos indicadores e exposição da metodologia adotada, com o propósito de aumentar a transparência do processo criativo e coletivo, além de estabelecer uma relação dialógica de aprendizagem e construção com todos os atores institucionais. Na oportunidade, fez-se a contextualização da trajetória metodológica, com registro histórico de todos os momentos, seguida da escolha e priorização dos indicadores. Ademais, foram definidas as fontes de obtenção dos dados e a sua periodicidade de coleta, com base nos tempos mínimos de publicização de dados e nos procedimentos padrões de avaliação.

4º Momento: *Oficina para definição das competências individuais, pesos e modelos de avaliação para os indicadores individuais.* Nessa oficina, o grupo trabalhou nas seis competências previamente definidas pela Consultoria, quais sejam: Comunicação; Comprometimento com o Trabalho; Foco em Resultados; Proatividade; Trabalho em Equipe e Visão Sistêmica. As descrições das competências foram analisadas e discutidas em pequenos grupos, que propuseram alterações e ajustes, os quais foram acatados e, posteriormente avaliados em plenária. Essa etapa do projeto foi concluída com a validação dos parâmetros de avaliação individual, com os pesos de cada componente do modelo, acompanhada da comunicação dos resultados (periodicidade do *feedback*).

5º Momento: *Apresentação, discussão, avaliação e emissão de parecer sobre os indicadores de avaliação de desempenho institucionais e individuais da versão preliminar.* Nesse momento, também realizado por meio da Plataforma Zoom, foram apresentados e discutidos a sistematização da relação de indicadores de desempenho identificados para as unidades a serem analisadas no Pad (Sesab Central, Unidades de Emergência, Centros de Referência, Hemoba, Hospitais Gerais, Hospitais Psiquiátricos e Maternidades). Em seguida, solicitou-se dos participantes, a avaliação e emissão de parecer quanto à concordância ou solicitação de adequação dos indicadores de desempenho.

6º Momento: *Apresentação dos indicadores de avaliação de desempenho institucionais e individuais validados pela gestão da Sesab.* Essa etapa consistiu de apresentação, por meio da Plataforma Zoom, dos indicadores, por tipologia de Unidade de Saúde, que foram propostos no processo participativo de revisão do Pad e validados pela equipe de superintendentes da Sesab. Em sequência, realizou-se reunião presencial com a Subsecretária Estadual de Saúde para apresentação do modelo de gestão do desempenho, composto pela matriz de indicadores institucionais e individuais, que validou a proposta final.

O modelo de gestão do desempenho institucional é composto de sete formatos diferentes para contemplar a natureza dos serviços e de seus objetos de intervenção, considerando o âmbito da gestão e da atenção à saúde (Quadro 1).

Quadro 1. Modelo de gestão de desempenho organizacional por nível de atenção e gestão da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia.

COMPETÊNCIAS ORGANIZACIONAIS		
ATENÇÃO	Hospitais Gerais e Especializados	Taxa de Ocupação Hospitalar – Geral; Incidência de quedas com dano; Implantação do Núcleos de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde; Densidade de incidência das infecções relacionadas à saúde; Giro Leito.
	Hospitais Psiquiátricos	Número de consultas por categoria profissional por hora no ambulatório; Percentual de Glosa; Média de permanência na internação.
	Maternidades	Taxa de nascidos vivos; Taxa de mortalidade materna hospitalar; Taxa de ocupação (maternidade); Média de permanência (maternidade); Giro Leito; Taxa de aleitamento materno na primeira hora.
	Unidades de Emergência	Implantação do Núcleos de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde e em funcionamento com uma reunião por mês; Produção Ambulatorial; Número de consultas por especialidade médica.
	Centros de Referência	Produção Ambulatorial; Percentual de resposta das demandas de ouvidoria; Implantação do Núcleos de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde e em funcionamento com uma reunião por mês; Total de atendimentos realizados pelo Centro de Referência.
	Hemoba	Hemocomponentes produzidos; Produção Ambulatorial; Taxa de resolutividade da ouvidoria; Implantação dos Núcleos de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde e em funcionamento com uma reunião por mês; Coleta de Sangue.
GESTÃO	Sesab Central	Percentual de análises laboratoriais de interesse da saúde pública realizados; Percentual de inspeções sanitárias realizadas; Taxa de resolutividade de Ouvidoria no nível central; Percentual de unidades próprias sob gestão direta com Comissões de Avaliação de Desempenho implantadas; Percentual de Certificações; Residentes em formação em serviço no SUS; Percentual médio de distribuições de unidades farmacêuticas do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica do GRUPO 2 (contrapartida estadual); Percentual de municípios que utilizam ao menos dois serviços do Telessaúde (tele educação, teleconsultoria, telediagnóstico e web acompanhamento); Percentual de unidades próprias monitoradas (relatório de visita técnica e acompanhamento pelos sistemas de informação da saúde); Percentual das solicitações de regulações encaminhadas para a Central Estadual de Regulação atendidas até 24h; Índice de responsividade do Jurídico; Percentual de instrumentos de planejamento e gestão elaborados; Percentual de execução da meta anual de auditorias; Percentual de auditorias reprogramadas.

Fonte: Elaboração própria

Quanto às competências individuais, estas são iguais para todo o conjunto de trabalhadores, independente do tipo de serviço no qual atua, estando descritas no 4º momento.

7º Momento: *Estudo piloto dos indicadores de avaliação de desempenho institucionais e individuais.* Realizou-se a aplicação de estudo piloto com cinco unidades assistenciais e a Sesab Central, com definição das metas e estratégia de implementação, no intuito de verificar o comportamento e a viabilidade do monitoramento dos indicadores de avaliação de desempenho institucionais e individuais no cotidiano dos serviços. Essa simulação possibilitou a identificação de pontos críticos e necessidade de melhorias para o sucesso do programa, o que levou a ajustes no modelo de avaliação do desempenho. Salienta-se que o projeto piloto foi composto das seguintes etapas: Preparação e orientação às unidades; Divulgação de materiais de comunicação; Reunião de análise de resultados; Avaliação de competências institucionais e individuais; *Feedbacks* individuais do gestor; e Relatos de experiência.

Convém destacar, que em todos os momentos da revisão do Pad foi incentivada e mobilizada a participação dos coordenadores e técnicos de referência em todo o processo, desde o alinhamento conceitual até a etapa final de aplicação prática dos indicadores institucionais e individuais, por meio de estudo piloto, para validação e concretização do Pad na Sesab.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de implantação do Programa de Avaliação de Desempenho dos trabalhadores da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, demonstra que se trata de um processo político, técnico-instrumental e pedagógico, uma vez que requer envolvimento dos mais distintos atores para compreender o seu processo de trabalho, e especificidades; compartilhar informações; pactuar decisões conjuntas, de modo a favorecer o princípio da corresponsabilização e, sobretudo dialogar e estabelecer um canal permanente de negociação para romper com a lógica racional e reducionista de atribuir a avaliação de desempenho uma mera atividade cartorial, focada em métricas, sem considerar os fatores organizacionais e as condições materiais e imateriais essenciais para o desenvolvimento dos sujeitos individuais e coletivos.

Uma gestão orientada para resultados no âmbito da saúde pública, ultrapassa os limites da simples medição de indicadores e de suas competências organizacionais e individuais, embora estas sejam importantes e necessárias para subsidiar o processo decisório, reorientar a estratégia da instituição e a formulação e implementação de políticas voltadas para as reais necessidades de saúde da população.

Todavia, esse tipo de gestão implica repensar a lógica organizativa do SUS para assegurar o efetivo direito constitucional à saúde e isso exige o fortalecimento da política de gestão do trabalho e educação em saúde, a valorização do trabalho e do trabalhador, com ampliação da capacidade técnica e operacional, por meio de profissionais efetivos, com criação de carreiras alinhadas ao cenário dinâmico e mutável da realidade social.

Para além de uma lógica empresarial, o SUS possui uma lógica social, inclusiva cujo maior valor consiste na proteção, promoção, prevenção, diagnóstico, assistência, tratamento e reabilitação de vidas humanas. Os cuidados com a atenção à saúde podem até ser precificados, mas a vida humana não cabe nessa equação de custo-benefício e lucro. Assim transformar o desenho atual do Pad em realidade é um desafio, mas também, uma oportunidade para mostrar a capacidade do SUS-BA e a potência dos seus trabalhadores(as).

REFERÊNCIAS

ABRUCIO, F. L.; PEDROTI, P.; PÓ, M. V. A formação da burocracia brasileira: a trajetória e o significado das reformas administrativas. In: LOUREIRO, Maria Rita; ABRUCIO, Fernando Luiz; PACHECO, Regina Silvia. Burocracia e política no Brasil: desafios para o Estado democrático no século XXI. Editora Fundação Getúlio Vargas. Rio de Janeiro, 2010.

ANDREASSI, T. Avaliação de Desempenho de Profissionais Técnicos: um Estudo de Casos. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Economia, Administração e Contabilidades, Universidade de São Paulo, 1994.

BERGAMINI, C.; BERALDO, D. G. R. Avaliação do desempenho humano na empresa. 4ª edição. São Paulo: Atlas, 1988.

BITENCOURT, C. C. A Gestão de Competências Gerenciais e a Contribuição da Aprendizagem Organizacional. RAE, v.44, n.1, jan/mar., 2004.

BOYATZIS, Richard E. The Competent Management: A Model for Effective Performance. Nova York: Wiley& Sons, 1982.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2011. 120 p. Coleção Para Entender a Gestão do SUS, 2011.

___ . Conselho Nacional de Saúde (CNS). Resolução n. 330, de 4 de novembro de 2003a.

___ . Princípios e diretrizes para NOB/RH-SUS. 2. ed. (rev. e atual.), Brasília: CNS, 2003b.

___ . Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A gestão do trabalho na saúde, v. 5, Brasília: CONASS, 2007.

___ . Para entender o Pacto pela Saúde – Nota Técnica n. 6. Brasília: CONASS, 2006.

CAETANO, A. Avaliação de Desempenho – Metáforas, Conceitos e Práticas. Lisboa: RH Editora, 1990.

DONATO et al. Repensando a lógica de avaliação de desempenho individual – Um estudo empírico em um Banco de desenvolvimento no Nordeste do Brasil. Revista Portuguesa e Brasileira de Gestão, out/dez, 2013.

DUTRA, J. S. Competências: Conceitos e Instrumentos para a gestão de Pessoas na Empresa Moderna. 1ª edição. São Paulo: Atlas, 2009.

DUTRA et al. Absorção do Conceito de Competência em Gestão de Pessoas: A Percepção dos Profissionais e as Orientações Adotadas pelas Empresas. In. 30º Encontro da ANPAD, Salvador, 2006.

FERNANDES, B. H. R.; FLEURY, M. T. L.; MILLS, J. Construindo o diálogo entre competência, recursos e desempenho organizacional. RAE, v.46, n.4, out/dez., 2006.

FERREIRA et al. Modelos de gestão. 3ª edição. Rio de Janeiro: Editora FGV management, 2012.

FLEURY, M.T., LACOMBE, B. A. Gestão por Competências e a Gestão de Pessoas: um balanço preliminar de resultados de pesquisa no contexto brasileiro. In: IberoamericanAcademyof Management, 2003.

- FLEURY, M. T.; FLEURY, A. Construindo o Conceito de Competência. RAC, Edição Especial, 2001: 183-196,
- LE BOTERF, G. De La Compétence: essur um AttracteurÉtrange. Paris: Éditions d' Organisation, 1994.
- ____. Construire la compétence collective de l'entreprise. Gestion, v. 22, n. 3, 1997
- ____. L' Ingénierie des Compétences. Paris: Éditions d' Organisation, 2000.
- ____. Construire les Compétences Individuelles et Collectives. Paris: Éditions d' Organisation, 2001.
- ____. Desenvolvendo a competência dos profissionais. São Paulo: Artmed e Bookman, 2003.
- LOTTA, G.S. Avaliação de desempenho na área pública: perspectivas e propostas frente a dois casos práticos. RAE Rev Adm Empresa. 2002
- McCLELLAND, David C. Testing for Competence rather than Intelligence. American Psychologist, p. 1-14, jan. 1973.
- PAULA, Ana Paula Paes de. Entre a Administração e a Política: os desafios da gestão pública democrática. Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2003.
- PIERANTONI et al. Avaliação de desempenho: discutindo a tecnologia para o planejamento e gestão de recursos humanos em saúde. Rev. Esc. Enferm USP, 2011; 45(Esp):1627-31.
- PRAHALAD, C.; HAMEL, G. The core competences of the corporation. Harvard Business Review, v. 68, n. 3, p. 79-91, 1990.
- SANDBERG, J. Human competence at work. Göteborg: BAS, 1996.
- SOUZA et al. Gestão de desempenho. 2ª edição. Rio de Janeiro: Editora FGV management, 2012.
- SPENCER J.R, L. M.; Spencer, S. M. Competence at Work: Models for Superior Performance. Nova York: John Wiley, 1993.
- RUAS, R. L. "Gestão por competências: uma contribuição à estratégia das organizações". In: RUAS, Roberto L. et al. Aprendizagem Organizacional e competências. Porto Alegre: Bookman, 2005.
- ZARIFIAN, Philippe. "A gestão da e pela competência". Material de apoio ao Seminário Internacional Educação Profissional, Trabalho e Competência. Rio de Janeiro: Ciet, 1996.
- ____. Objetivo Competência – Por uma nova lógica. São Paulo: Atlas, 2001.

CAPÍTULO 8

Ana Claudia Caldas de Menezes

Ana Flávia Barros Cruz

Bruno Guimarães de Almeida

Cintia Santos Conceição

Érica Cristina Silva Bowes

Iracema Viterbo Silva

Letícia Coelho da Costa Nobre

O Trabalho como dignidade humana: O histórico de construção do Programa de Atenção Integral à Saúde da Trabalhadora e do Trabalhador da Sesab (Paist)

Um galo sozinho não tece uma manhã;
Ele precisará sempre de outros galos.
De um que apanhe esse grito que ele
E o lance a outro; de um outro galo
Que apanhe o grito que um galo antes
E o lance a outro; e de outros galos
Que com muitos outros galos se cruzem
Os fios de sol de seus gritos de galo,
Para que a manhã, desde uma teia tênue,
Se vá tecendo, entre todos os galos.
E se encorpando em tela, entre todos,
Se erguendo tenda, onde entrem todos,
Se entretendendo para todos, no toldo
(A manhã) que plana livre de armação.
A manhã, toldo de um tecido tão aéreo
Que, tecido, se eleva por si: luz balão.

João Cabral de Melo Neto, Tecendo a manhã.

O TRABALHO COMO DIGNIDADE HUMANA: O HISTÓRICO DE CONSTRUÇÃO DO PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA TRABALHADORA E DO TRABALHADOR DA SESAB (PAIST)

Descrever o processo de elaboração e implementação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Trabalhadora e do Trabalhador da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Sesab) remete-nos à percepção de João Cabral de Melo Neto sobre a tecedura de uma manhã, que se faz pelo trabalho coletivo do cocoricar de diversos galos, por vezes, incômodos para quem os ouve, porém necessário para descortinar o novo porvir.

Não obstante, começamos por afirmar que a história descrita a seguir, e que ainda está em processo, só está sendo possível pela união de muitos atores sociais os quais vêm entretecendo e dando forma a esta proposta de cuidado com os cuidadores desta Secretaria. Este relato pretende ser bastante honesto, apontando os avanços já alcançados, mas também os muitos desafios que se interpõem.

HISTÓRICO E MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE DO TRABALHADOR

As evidências da relação do trabalho com o processo saúde-doença são tão antigas quanto à história da humanidade. Relatos e estudos sobre adoecimentos relacionados a atividades de mineração, de fundição de metais, de utilização de substâncias, ferramentas e tecnologias de trabalho acompanham a história da produção do conhecimento científico e epidemiológico ao longo dos períodos históricos, desde os modos de produção extrativista, agrícola, escravista, feudal até todos os ciclos da produção capitalista, da revolução industrial nos países ocidentais, nos séculos XVIII-XIX.

Do advento da produção industrial de massa, com o fordismo, taylorismo, nos meados do século XX, das revoluções tecnológicas da microeletrônica, da informatização de processos, chega-se até as recentes e atuais formas globalizadas da produção e circulação de mercadorias, dos trabalhos com utilização de plataformas digitais, com o teletrabalho, com o advento do trabalho imaterial; por muitos denominada como quarta revolução industrial ou revolução 4.0 (MENDES, 2013; POCHMANN, 2016). Ao início do século XXI, no contexto da mundialização do capital, novas formas de reestruturação da produção e do trabalho resultam no aprofundamento da precarização social do trabalho, trazendo desafios para as políticas de proteção da saúde dos trabalhadores em nosso país (DRUCK, 2011).

No Brasil, a construção do arcabouço jurídico que confere alguma proteção à saúde dos trabalhadores tem como marcos as primeiras leis que regulamentam o acesso ao seguro e benefícios previdenciários no caso de acidentes de trabalho, no início do século XX (em 1919) e a criação da

Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) em 1943, seguida da reunião e regulamentação das normas regulamentadoras de segurança e medicina do trabalho, no ano de 1976 (OLIVEIRA, 2010). Essa proteção, por meio da legislação previdenciária e trabalhista, era conferida aos trabalhadores empregados em regime de CLT, contingente que raramente ultrapassou a média de metade dos trabalhadores no país e, até a Constituição Federal, excluía os servidores públicos.

Todas essas iniciativas, contudo, estavam assentadas nos modelos de atenção da Medicina do Trabalho ou, posteriormente, da Saúde ocupacional, ambos excludentes, nos quais o trabalhador era visto como sujeito passivo, objeto das ações do profissional médico ou da equipe especializada, os quais eram compreendidos como detentores do conhecimento necessário para promoção da saúde e segurança no ambiente de trabalho.

A concepção de saúde do trabalhador entra em cena, como um campo transformador contra-hegemônico, buscando superar os modelos de atenção anteriores, ao colocar o trabalhador em foco, como sujeito de direitos e de saberes fundamentais ao processo de promoção de sua própria saúde (MENDES; DIAS, 1991; LACAZ, 2014; NOBRE, 2011). Considera a dimensão social em que estão inseridos o homem e a mulher trabalhadora contemplando áreas de conhecimentos e práticas não abordadas pela tradicional medicina do trabalho e saúde ocupacional (VASCONCELLOS, 2011).

No campo da regulamentação legal, como já mencionado, as ações de saúde do trabalhador foram bem demarcadas na Constituição Federal de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde (Lei Federal nº 8.080/90), como campo de atribuições do Sistema Único de Saúde. Essas ações e seus princípios são também especificados na Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora em 2012 (BRASIL, 2012). Dentre eles destaca-se o princípio da universalidade que determina que as ações de proteção à saúde dos trabalhadores devem estar voltadas a todos os trabalhadores, homens e mulheres, de qualquer ramo produtivo, em áreas urbanas e rurais, em quaisquer tipos de vínculos empregatícios, formal ou informal, incluindo os que estão temporariamente fora do mercado de trabalho, no setor público e privado.

Em 2002, é criada a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast) como uma das estratégias para efetivar essas ações no âmbito do SUS. Na Bahia, a construção dessas ações inicia-se no final dos anos 1980, ampliando-se ao longo dos anos 1990 e 2000, sendo aprovada e publicada a Política de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora do Estado em 2020-2021 (BAHIA, 2021).

VIABILIZANDO A ATENÇÃO À SAÚDE DO TRABALHADOR DO SUS: INSTRUMENTOS NORMATIZADORES

Apesar dessas iniciativas, havia (e ainda há) um espaço vazio e carente de atenção direta: o serviço público. Se, por um lado, as empresas privadas deveriam cumprir as normas regulamentadoras constituindo serviços especializados e equipes para desenvolver programas e ações de saúde e segurança para seus trabalhadores; o serviço público, quando regido por regime próprio, de modo geral se abstém do cumprimento delas e tampouco desenvolve regramento próprio neste âmbito.

Neste cenário contraditório e inequânime, o SUS assume o compromisso com a promoção e proteção da saúde de seus trabalhadores, ao elaborar uma norma operacional voltada para a gestão dos recursos humanos no SUS (Nob-RH/SUS, 2003) que mais tarde foi assumida como Política Nacional de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (Pngtes).

Eram dois os pilares principais da então Pngtes para estruturação de áreas/ações sistemáticas de atenção à saúde do trabalhador do SUS: a implementação de equipes multidisciplinares de saúde para o desenvolvimento sistemático de ações de diagnóstico, promoção e monitoramento da situação de saúde dos trabalhadores do SUS por local de trabalho e a formação de comissões de saúde do trabalhador, como estímulo à participação dos trabalhadores e envolvimento destes nas decisões que envolvessem a garantia de melhores condições de trabalho.

Pouco mais de uma década depois, com raríssimos avanços práticos quanto à implementação das ações de gestão do trabalho assumidas pela Pngtes, diante de um cenário de intensa correlação de forças e tendências neoliberais, o Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (Sgtes), aprovou, ao final de 2011, o Protocolo 008 da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS (MNNP/SUS). Este documento, que estabeleceu as diretrizes para a Política Nacional de Saúde do Trabalhador do SUS, além de ratificar as principais diretrizes presentes no capítulo 5 da Nob-RH/SUS, reconhece a importância e recomenda o cumprimento das normas regulamentadoras de saúde e segurança no trabalho.

Tais documentos, associados ao incentivo da Sgtes, à época, por meio da divulgação da Agenda Nacional de Gestão do Trabalho e das edições do Prêmio InovaSUS, colaboraram com o fomento desta política nas diversas instâncias do SUS. Cabe ressaltar, contudo, que a ausência de investimentos mais consistentes neste campo, a exemplo de descentralização de recursos financeiros e sistemas de monitoramento, certamente tem prejudicado sua capilarização e consolidação.

ATENÇÃO À SAÚDE DO TRABALHADOR DA SESAB: COMO TUDO COMEÇOU¹?

Certamente a estruturação de uma área de atenção à saúde dos trabalhadores da Sesab figurou por anos na pauta de reivindicações de suas representações sindicais.

Em meados da década de 1990, por demanda do Sindicato de Trabalhadores da Saúde (Sindsaúde), o Conselho Estadual de Saúde (Ces) solicitou parecer à Comissão Intersectorial de Saúde do Trabalhador (Cist-BA), sobre a necessidade e proposta de implantação de ações de proteção à saúde dos trabalhadores da saúde. Com a colaboração técnica do Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador, foi apresentada recomendação de criação de um programa de atenção à saúde dos trabalhadores da Sesab, observando-se os princípios da saúde do trabalhador no SUS. Apesar de a proposta ter sido aprovada no Ces, ela não foi implantada nos anos seguintes.

No início dos anos 2000, foi produzido pelo Sindsaúde um documentário que evidenciava as precárias condições de trabalho e desassistência à saúde dos trabalhadores. No entanto, somente mais tarde, com a coalizão de dois fatores foi possível dar algum espaço para o desenvolvimento desta pauta histórica², sendo eles: (1) a assunção de um governo de orientação democrática e participativa no Estado da Bahia, em 2007, em certa medida receptivo à agenda da Sgtes; e (2) a “semeadura” de técnicos com formação em Saúde Coletiva em diversos âmbitos da gestão, os quais buscaram dar vida às propostas de gestão do trabalho e educação na saúde contidas na Política Nacional.

Assim, nos últimos meses de 2008, um dos técnicos que compunha a coordenação de gestão do trabalho³, na Dgtes, serviu-se do capítulo 5 da Nob-RH/SUS e pôs-se a articular um grupo de trabalho com representações da Superintendência de Recursos Humanos (Superh), da Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (Dgtes), da Diretoria de Administração de Recursos Humanos (Darh), Superintendência de Vigilância em Saúde (Suvisa) e da Diretoria de Vigilância e Atenção à Saúde do Trabalhador (Divast), a fim de elaborar o documento base de um programa de saúde para os trabalhadores da Sesab.

1 - Para um conhecimento mais detalhado sobre “os bastidores” do processo de implementação do Paist na Sesab recomendamos também a leitura do texto: Programa de Atenção Integral à Saúde da Trabalhadora e do Trabalhador da Sesab: da concepção ao voo. In SOLLÁ, Jorge José Santos Pereira (Org). Estratégias da Política de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde: experiências da Bahia. Salvador: EDUFBA, 2014.

2 - Que, se não a trouxe para a agenda de governo, minimamente permitiu sua conformação instituinte.

3 - O referido técnico veio a tornar-se diretor de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde em 2013.

Este grupo realizou, então, um mapeamento das poucas e independentes iniciativas de atenção à saúde dos trabalhadores já existentes nas unidades da Sesab, todas centradas no modelo da Medicina do Trabalho, tendo como função principal e, às vezes única, o recebimento e homologação de atestados médicos. Posteriormente, o grupo pautou o colegiado gestor da Secretaria, e formou-se novo grupo de trabalho, desta feita com inclusão de representantes de todas as superintendências, e designou-se um Grupo Gestor de Saúde do Trabalhador (GGST), para elaboração de um projeto mais executivo.

Como se tratava de uma pauta nova, a estratégia adotada foi à formação de um projeto piloto em cinco unidades assistenciais que já contavam com alguma iniciativa na área, e em uma unidade de regulação médica e transporte inter hospitalar, na qual buscou-se implementar um serviço de saúde do trabalhador experimental. Deste ensaio, o GSST viu a necessidade de elaborar um manual para implantação do programa, que apresentasse objetivos e funções dos serviços, além de fluxos e protocolos de atenção à saúde (CRUZ et al, 2014).

Paralelamente, com o objetivo de compreender as principais causas de adoecimento dos trabalhadores da Sesab a fim de propor ações preventivas, realizou-se um estudo do banco de dados da Junta Médica Oficial do Estado, no período de julho de 2009 a julho de 2010, que evidenciou elevado quantitativo de trabalhadores afastados por motivo de doença, sendo os auxiliares de enfermagem e administrativos as categorias profissionais proporcionalmente mais acometidas. As três principais causas de afastamentos eram as doenças osteomusculares, transtornos mentais e comportamentais e as causas externas, anualmente responsáveis por elevados custos econômicos e sociais.

Esses achados corroboram com os resultados encontrados em um estudo com 679 servidores da saúde lotados em unidades sob gestão direta da Sesab, localizadas em Salvador. Fruto de uma pesquisa conduzida em 2011 pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia e com recursos da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia Fapesb, os dados mostraram que agravos como hipertensão (30,9%), doenças articulares (25,3%), asma (7,9%), diabetes (5,6%) e doenças dos rins (5,5%) foram as mais prevalentes entre esses trabalhadores (UFBA/ISC, 2012).

Deste modo, entende-se o número elevado de afastamentos que chegam até a Junta Médica do Estado. Observou-se que em 2011, 28,7% dos servidores afastaram-se do trabalho por problemas de saúde, sendo que, em 28,2% dos casos, o afastamento ocorreu de 2 a 3 vezes. Também se verificou elevado consumo de medicamentos (70,5%) nas últimas duas semanas que antecederam a entrevista, sendo os medicamentos de uso contínuo representavam 65,7% dos casos.

Ao investigar a saúde emocional dos participantes a partir de alguns sintomas de transtornos mentais e comportamentais, verificou-se que 38,1% das pessoas apresentaram algum dos 4 tipos de sintomas investigados (ansiedade, preocupações, ideias depressivas e depressão), sendo que 10,8% apresentaram depressão, 6,3% ideias depressivas, 30,9% preocupações e 16,8% ansiedade. Evidências do processo de adoecimento que acomete os trabalhadores da saúde e que pode estar relacionado com as condições de trabalho.

A pesquisa identificou ainda situações de violência que trazem implicações ao processo de trabalho e pode produzir sofrimento físico e mental entre os trabalhadores. Atos negativos que caracterizam o assédio moral, se praticados frequentemente, foram referidos por 61,6% dos trabalhadores, encontrando-se associação positiva entre o assédio moral e sintomas de transtornos mentais e comportamentais (SILVA, 2013; UFBA/ISC, 2012). Alguns achados foram publicados e chamam a atenção para a ocorrência de agressão verbal como o tipo mais comum de violência praticada contra os trabalhadores da saúde, sendo as unidades de emergência os locais de maior ocorrência (SILVA et al, 2014).

Portanto, é importante que se crie oportunidades para o estabelecimento de condições de trabalho dignas, visto que alguns comportamentos e situações comprometem as práticas e a organização dos processos de trabalho em saúde, com reflexos sobre a saúde da trabalhadora e do trabalhador da saúde. Essas evidências só reforçam a necessidade e a importância da definição de políticas de promoção, prevenção, reabilitação e de reintegração ao trabalho voltadas para o servidor público, conforme já preconizado por Cunha (2007).

Foi nesta perspectiva que o GGST elaborou versão preliminar do manual de implantação para o Programa de Atenção Integral à Saúde da Trabalhadora e do Trabalhador da Sesab - Paist, como foi denominado posteriormente. Em março de 2011, o Programa foi apresentado nas instâncias sociais de controle, Cist estadual e Ces, nas quais foi aprovado. Deu-se, então, por concluído o trabalho do grupo gestor e a Dgtes assumiu a coordenação do programa-embrião.

Nesse sentido, enquanto aguardava “uma janela de oportunidade” para sua instituição, a equipe de gestão foi articulando uma série de atores nas unidades, entre gestores e trabalhadores, no intuito de implementar serviços e ou trabalhadores de referência de saúde do trabalhador. Foi literalmente um trabalho de garimpo e de convencimento da importância da pauta, uma vez que não havia possibilidade de contratação de pessoal para este fim. Nesta época, formou-se uma grande rede instituinte em praticamente todas as unidades assistenciais da Sesab, com a qual se fez a qualificação do manual preliminar e uma minuta de portaria para instituição do Paist, fato que se consolidou com a portaria Sesab nº. 1.761 de 20 de dezembro de 2012.

O PAIST NA SESAB: PILARES DE ESTRUTURAÇÃO E FUNCIONAMENTO

O Paist nasce, assim, com o objetivo de promover atenção integral à saúde da trabalhadora e do trabalhador da Sesab, priorizando a promoção e a proteção da saúde, bem como a prevenção dos agravos relacionados ao trabalho. Baliza-se pelos seguintes princípios e diretrizes: universalidade, integralidade da atenção, participação social, equidade, ética, humanização do trabalho, direito à informação e articulação intra e intersetorial. Tem suas ações distribuídas por seis linhas norteadoras, a saber: (1) Promoção da saúde e prevenção de riscos e agravos; (2) Educação, comunicação e informação em saúde; (3) Vigilância de ambientes, processos e atividades de trabalho; (4) Assistência à saúde dos trabalhadores; (5) Notificação e gerenciamento de informação de agravos em saúde do trabalhador(a); (6) Planejamento, monitoramento e avaliação.

Convém ressaltar que, de 2012 a 2021, conforme foi sendo implementado, o Paist passou por atualizações em sua proposta, a partir da contribuição de seus operadores. Um quadro-síntese dessas alterações será apresentado mais adiante.

Presentemente, sua operacionalização ocorre pela conformação de Serviços Integrados de Atenção à Saúde do Trabalhador (Siaist) locais e Comissões Locais de Saúde do Trabalhador (CLST) em cada unidade da Secretaria e de um Serviço Integrado de Atenção à Saúde do Trabalhador – Siaist Matricial, sob a gestão da Coordenação de Saúde e Segurança do Trabalhador na Saúde (CSSTS) da Dgtes. A seguir, descrevemos objetivos, atribuições principais, avanços e perspectivas de cada um destes eixos estruturantes.

✓ ***Serviço Integrado de Atenção à Saúde do Trabalhador - Siaist local***

O Siaist faz parte do Núcleo de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde de cada unidade e consiste no pilar central da operacionalização do Paist. Um serviço local, composto por uma equipe multidisciplinar da mesma unidade, que executam sua carga horária exclusivamente nesse serviço, e que conhecem a sua realidade específica. Assim, possibilita-se a proposição de ações e estratégias mais adequadas à situação em que se encontram àqueles trabalhadores de acordo com a sua singularidade.

Dentre as diversas ações que são de competência dos Siaist, destacamos as seguintes: diagnóstico da situação de saúde dos trabalhadores; ações de promoção da saúde e prevenção de riscos e agravos, incluindo oferta de Práticas Integrativas e Complementares de Saúde (Pics); acompanhamento de Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA) ou equivalente; prevenção, notificação e acompanhamento dos acidentes de

trabalho; acolhimento, condução e acompanhamento dos trabalhadores em readaptação profissional; recebimento e homologação de atestados médicos; sistematização de informações referentes à saúde dos trabalhadores locais.

Atualmente a Sesab possui Siasst na maioria das unidades assistenciais sob gestão direta, tornando possível considerar alguns ganhos importantes: existência de um espaço de acolhimento para as demandas dos trabalhadores, oferta de ações voltadas para promoção da saúde e prevenção de riscos e agravos relacionados ao trabalho e garantia de registro dos acidentes de trabalho, os quais antes do Paist raramente eram notificados.

Contudo, tem-se ainda o desafio de implementar Siasst em sete dos nove Núcleos Regionais de Saúde e completar todos os serviços já existentes com a equipe mínima adequada à demanda local, possibilitando o desenvolvimento do amplo espectro de ações propostas nas linhas norteadoras. Outra necessidade premente reside na oferta de um sistema de informação específico de saúde do trabalhador que possibilite aos Siasst a informatização de seus prontuários, bem como de todos os registros, tornando possível um melhor acompanhamento dos indicadores, tanto pelo Siasst local em relação aos trabalhadores daquela unidade, mas também pela Coordenação do Paist, que poderá visualizar dados de saúde de toda a força de trabalho, possibilitando a criação de uma sala de situação de saúde do trabalhador da Sesab. Trata-se, portanto, de uma ferramenta muito necessária para o planejamento e monitoramento do Paist, que a área técnica tem se empenhado em viabilizar.

✓ ***Siasst Matricial***

O Siasst Matricial é um serviço multidisciplinar especializado em saúde do trabalhador, que surgiu em novembro de 2012, com o nome de Siasst Assistencial. Desde então, passou por algumas modificações e atualmente possui os seguintes objetivos: (a) Acolher e oferecer cuidados à saúde dos trabalhadores da Sesab, ativos ou afastados por incapacidade laborativa temporária, de forma integral, em processo de adoecimento por distúrbios osteomioarticulares e/ou sofrimento psíquico; e (b) fornecer suporte matricial aos Siasst locais no desenvolvimento e implementação de programas e ações estratégicas de vigilância à saúde, promoção e acompanhamento da situação de saúde do trabalhador.

Todas essas ações são realizadas por meio do acolhimento, atendimento individual nas especialidades de psicologia, fisioterapia e psiquiatria, atividades em grupos terapêuticos e informativos (Qualidade de vida, Consciência corporal e Escola da postura), visitas técnicas nos ambientes de trabalho, suporte técnico às demais unidades da Sesab, acompanhamento de trabalhadores em readaptação funcional, intermediação e discussão de

caso com a Junta Médica Oficial do Estado, matriciamento e articulação com a rede de apoio para encaminhamento do trabalhador quando necessário.

Durante a fase de experimentação do serviço, os primeiros atendimentos foram realizados exclusivamente para trabalhadores em processo de adoecimento encaminhados pelo Siasst do Hospital Geral Roberto Santos, como projeto piloto. Em 2016, o serviço foi aberto para demanda espontânea de trabalhadores de qualquer unidade da Sesab sob gestão direta.

Desde então, os atendimentos individuais foram ampliados sendo incluídos serviços de acupuntura, auriculoterapia e reiki, além de reformulação da oferta das atividades coletivas para adequar as demandas dos trabalhadores, passando a ofertar o grupo de acolhimento ao trabalhador com dor crônica, grupo para alívio do estresse e ansiedade, escola da postura, oficinas de práticas integrativas e complementares: meditação, Qi Gong, aromaterapia, mandala, reflexologia, cromoterapia, sessões técnicas mensais abertas e visitas domiciliares, quando necessário.

A abertura para demanda espontânea possibilitou um importante incremento no número de atendimentos, de modo que, até 2020, foram computados 7.570 atendimentos no Serviço, entre atendimentos individuais e em grupo.

Ademais, durante a pandemia da Covid-19, o Siasst Matricial exerceu um importante papel ao assumir, em parceria com técnicos do Centro de Referência à Saúde do Idoso (Creasi) e da Divast, a operacionalização do *Centro de Apoio Psicológico Covid-19 para Trabalhadores da Sesab*, ação estratégica decorrente do *Plano de Contingência Covid-19 para Trabalhadores* organizado pela Dgtes e parceiros.

Os seguintes serviços foram disponibilizados: acolhimento, apoio psicológico com psicoterapia por telefone e atendimento psiquiátrico; e oferta das práticas integrativas: meditação guiada, reiki, técnicas de relaxamento e respiração à distância. Até dezembro de 2020, foram computados 2.419 usuários, entre trabalhadores da saúde e de outras áreas produtivas do estado, representando, sem dúvida, um importante amparo para os trabalhadores em tempos difíceis de intensificação da carga emocional, social e de trabalho.

Percebe-se a importância desse serviço para os trabalhadores, de modo que, entre os principais resultados alcançados, podemos citar: apoio ao retorno e readaptação funcional Sustentável ao trabalho; oferta de apoio psicológico e terapia breve; evitação de aposentadorias precoces; ampliação das ações de promoção da saúde do trabalhador e prevenção de agravos; acompanhamento de trabalhadores adoecidos e/ou “devolvidos” à Secretaria por problemas de saúde, para realocação e adequação do trabalho às suas restrições e potencialidades e/ou matriciamento para casos de abuso de drogas, surtos psicóticos entre outros.

Apesar de seu papel fundamental para o desenvolvimento do Paist, uma questão crítica que historicamente tem acompanhado este serviço é a ausência de uma sede própria, com credenciais de unidade gestora ou, ao menos, unidade prestadora de serviços, cadastrada como estabelecimentos de saúde (Cnes) e estruturada adequadamente para o funcionamento de todos os serviços propostos.

Assim, no curso dos seus nove anos de atuação, o serviço passou por modificações tanto na composição da equipe técnica, quanto na oferta de serviços de saúde individuais e coletivos. Atualmente a equipe multiprofissional é composta por uma médica do trabalho, uma médica acupunturista, uma assistente social, dois psicólogos, um fisioterapeuta, uma enfermeira sanitária e um apoio administrativo.

Tem-se o desafio de incrementar a equipe multidisciplinar do serviço (especialmente com as categorias: médicos psiquiatras e do trabalho, engenheiro e técnico de segurança do trabalho, higienista, ergonomista, enfermeira, psicólogo, fisioterapeuta e nutricionista), além de estruturar uma sede própria adequada e a transformação em unidade prestadora de serviço, para que este possa desenvolver a contento sua função matricial e assistencial.

✓ ***Comissões Locais de Saúde do Trabalhador – CLST***

A Comissão local de Saúde do Trabalhador é uma instância legítima e representativa do conjunto de trabalhadores de cada unidade da Sesab, e composta por trabalhadores eleitos diretamente por seus pares. O processo eleitoral é fomentado pelos Siast ou CLST anterior. Após eleitos, os membros precisam realizar uma qualificação introdutória, a fim de se instrumentalizarem para o exercício do seu papel.

A CLST eleita passa a vigorar por dois anos, ao final dos quais deve ser convocada nova eleição. As unidades devem destinar 12 horas mensais liberadas em escala para o desenvolvimento das atividades da comissão, que incluem: realização de planejamento participativo, elaboração ou atualização de mapa de risco da unidade com escuta ativa dos trabalhadores, realização de ações de vigilância de ambientes e processos de trabalho com emissão de relatórios e negociação com a gestão local para pactuações de melhorias.

Em 2018, estudo realizado pela Coordenação do Paist sobre a implementação dessa estratégia na Sesab evidenciou fragilidades que mereciam ajustes a fim de revitalizar a proposta. Os problemas identificados, de modo geral, foram: tempo insuficiente para desenvolvimento das atividades, não liberação em escala do trabalhador pelo tempo pactuado, pouca atuação em ações de vigilância e, ainda menos, momentos de diálogo com a gestão para apresentação das demandas e sugestões.

Algumas das razões identificadas para este cenário foram: processo de qualificação inicial frágil e pulverizado, de acordo com o período de vigência de cada CLST, fato que contribuía para uma não compreensão clara de identidade e propósito; e falta de comprometimento dos gestores locais com o melhor desenvolvimento possível dos trabalhos da CLST.

Sendo assim, em 2019 a Coordenação do Paist desenvolveu materiais didáticos específicos e realizou curso unificado de Formação de CLST na Sesab, com uma turma piloto que qualificou 40 trabalhadores de aproximadamente oito CLST. Desde então, passou a assumir o processo de formação de todas as CLST e propôs, em 2021, a unificação do processo eleitoral em todas as unidades para favorecer o alinhamento de propósitos entre as comissões. Além disso, estabeleceu responsabilidades claras para os gestores locais, com perspectiva de retomada do apoio institucional para instruções e monitoramento do quanto proposto.

✓ ***Coordenação de Saúde e Segurança do Trabalhador da Saúde - CSSTS***

A CSSTS é a instância de gestão técnica de toda a rede Paist. Até 2014, essa gestão era feita por uma equipe ligada à Coordenação de Gestão do Trabalho na Dgtes. Porém, no ano seguinte, dado as demandas crescentes decorrentes da implementação do Programa, mediante rearranjos internos, foi conformada essa nova coordenação na diretoria.

Em seu histórico de gestão, de 2010 a 2014, o programa teve à sua frente uma enfermeira sanitaria, que teve o desafio de articular sua materialização e instituição, assessorada, a partir de 2011, por outra profissional de mesma categoria. Nesse período, investiu-se ainda na produção documento base, manual, na padronização de fluxos de atenção à saúde do trabalhador e na conformação do Siasst Assistencial.

Além disso, a partir de meados de 2012, articulou-se a formação de uma equipe de apoiadoras institucionais composta por cinco trabalhadoras (duas enfermeiras, uma nutricionista, uma assistente social e uma terapeuta ocupacional), com as quais trabalharam na sensibilização dos gestores das unidades para abertura de Siasst, eleição de CLST e reorientação do modelo de atenção dos eventuais serviços de medicina do trabalho e saúde ocupacional anteriormente existentes, para o da saúde do trabalhador.

Adicionalmente, incentivou-se a formação de futuros profissionais da saúde sensíveis à saúde do trabalhador, pela articulação de estágios nos Siasst para discentes de graduação e pós-graduação em enfermagem do trabalho em parceria com a Escola Estadual de Saúde Pública (CRUZ et al, 2014).

De 2015 a 2019, já sem a equipe de apoio institucional, a enfermeira que fazia uma espécie de assessoria ao Paist, assumiu a coordenação. Foi um período marcado pelos esforços para ampliação do número de Siasst e CLST e fortalecimento institucional desses espaços; promoção de ações estruturadas e frequentes de educação permanente para a rede (reuniões, sessões técnicas e cursos); produção de documentos e materiais didáticos em saúde do trabalhador e apoio ao desenvolvimento de programas semelhantes em outros estados.

Outras ações desenvolvidas nesse ínterim foram: apoio à Superh para demandas processuais relativas à pauta; tentativas diversas de estruturação de espaço físico para o Siasst Assistencial; esforços para captação de recursos financeiros e meios para implementação de programas e ações normativos obrigatórios; pactuação de recursos do Prosus para: elaboração dos programas previstos nas normas regulamentadoras 7 e 9 do Ministério do Trabalho em toda rede Sesab e de oferta de curso de formação em Pics para 80 trabalhadores dos Siasst.

Neste período, houve variação da equipe técnica de apoio, contando-se, de tempos em tempos, com nenhum, um ou dois trabalhadores, entre enfermeira, assistente social e fisioterapeuta.

Impende destacar que, dada a indisponibilidade de cargos comissionados, a CSSTS historicamente tem assumido, concomitantemente, a gestão do Siasst Matricial (desde 2012), Siasst da sede da Sesab (desde 2016), com o apoio de técnicos de referência destes serviços e do Coral Vozes da Sesab (desde 2016).

Desde 2020, o Paist passou a ser coordenado por uma fisioterapeuta com formação em saúde do trabalhador advinda da Divast. Esta contou, até meados de 2021, com o apoio de quatro técnicos, sendo: uma enfermeira (coordenadora anterior), uma nutricionista com formação em direito, um fisioterapeuta ergonomista, com experiência em serviços segurança e saúde ocupacional e uma assistente social, com formação e experiência em gestão em Saúde Pública. Entretanto, a partir do segundo semestre de 2021, teve a equipe reduzida para os dois últimos citados e, eventualmente, algum residente de gestão.

Logo de início, a nova gestão teve de lidar com o desafio de situar-se na compreensão da rede Paist em meio à pandemia da Covid-19, que modificou bruscamente o trabalho de toda diretoria, voltando-se todos os seus integrantes (com exceção da Coordenação de Desenvolvimento Funcional – Codef) para a pauta de saúde do trabalhador, na elaboração e implementação do *Plano de Contingência Covid-19 para Trabalhadores da Sesab*.

Posteriormente, o trabalho foi ainda mais intensificado, adicionando-se às ações de monitoramento da situação de saúde dos trabalhadores durante a pandemia, a produção de artigos científicos sobre as ações pioneiras em desenvolvimento naquele contexto e, consecutivamente, a execução das ações decorrentes dos quatro contratos que haviam sido pactuados com o Prosus em 2019.

A seguir, relacionamos uma série histórica de algumas das ações desenvolvidas pela equipe de gestão ao longo de cada ano (quadro 1).

Quadro 1. Processo de implantação do Paist Série histórica das principais ações desenvolvidas pela Coordenação do Paist. Bahia, 2010 - junho/2021.

MÊS/ANO	AÇÕES
2014	Elaboração e publicação do documento base e Manual de Implantação e Funcionamento do Paist – 1º Edição.
2015	Desvinculação da equipe de gestão do Paist da Coordenação de Gestão do Trabalho (Cgts/Dgtes) para composição de uma coordenação específica de Saúde e Segurança do Trabalhador da Saúde (CSSTS) na Dgtes.
	Paist é apresentado em Seminário da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS como experiência-modelo de implementação do Protocolo 008/2011.
2016	Paist recebe o Prêmio InovaSUS 2015, estando entre as 8 melhores experiências nacionais de Gestão do Trabalho na Saúde naquele ano.
	Coordenação do Paist apoia a estruturação de área de atenção à saúde do trabalhador do SUS em Rio Grande do Norte.
2017	Coordenação do Paist colabora com a implementação de programa de atenção à saúde do trabalhador da Secretaria Estadual do Pará.
	Realização do 1º Curso de Atualização em Saúde do Trabalhador para os Siasst (40h), qualificando 40 trabalhadores;
	Elaboração e divulgação do Guia de Promoção da Saúde do Trabalhador, contendo passo-a-passo para replicação de ações e projetos elaborados e implementados por equipes de diversos Siasst da Sesab. (Apoio da Profa. Carmem Teixeira, ISC/UFBA)
2018	Elaboração de material didático para Curso Unificado de Formação de CLST, sendo: um caderno de texto, um caderno do mediador e um ambiente virtual de aprendizagem;
2019	Realização do 1º Curso Unificado de Formação de Comissão Local de Saúde do Trabalhador, com formação de 38 trabalhadores;
2020 / 2021*	Proposição e elaboração de planilha de monitoramento de casos de covid-19 em trabalhadores da Sesab; apoio à implementação e execução das ações do Plano de Contingência Covid-19 para Trabalhadores da Sesab (Ação transversal – Grupo de Trabalho Transitório/Dgtes)
	Elaboração de Programa de Riscos Ambientais (PPRA) e Levantamento de Riscos psicossociais em todas as unidades da Sesab assistenciais e administrativas (2020-2021).
	Elaboração de Programa de Controle Médico e de Saúde Ocupacional (PCMSO) de 54 unidades da Sesab e de projeto executivo para operacionalização;
	Investimento na qualificação dos trabalhadores dos Siasst e oferta de práticas integrativas e complementares de saúde (Pics) na Sesab: 30 trabalhadores formados em Reiki 1 e 2; 37 em Yoga e 39 em auriculoterapia.
	Elaboração de Guia de Saúde Mental (GT composto por profissionais dos Siasst locais e Assistencial) – adicionado ao manual do Paist, 2ª edição.
	Revisão e lançamento do Documento Base e Manual de Implantação e Funcionamento do Paist, 2ª edição.

*Ações pactuadas em 2019, mediante articulação de recursos do Programa de Fortalecimento do SUS na Região Metropolitana de Salvador (Prosus).

Fonte: Relatórios de Gestão Dgtes/Superh/Sesab (2012-2020).

Convém destacar a premiação recebida pelo Paist em 2015, quando foi considerado uma experiência inovadora e modelo para implementação do Protocolo 008/ 2011 da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS. Além disso, sua contribuição para organização de experiências semelhantes para os trabalhadores do SUS vinculados às Secretarias Estaduais do Rio Grande do Norte e Pará, que evidenciam a potência da proposta.

Outro ponto importante foi a crença e a aposta em iniciativas de incentivo ao lazer, arte, cultura, solidariedade e cuidado com o meio ambiente, por entendê-los como importantes condicionantes da saúde mental e qualidade de vida no trabalho, afinal, *“a gente não quer só comida, a gente quer bebida, diversão e arte”*, não é?

Nesse sentido, o Paist empenhou-se na gestão do Coral “Vozes da Sesab”⁴, que chegou a ser, no período, o maior coral de instituição pública na Bahia, em número de participantes. Foram articuladas diversas apresentações regulares internas e externas em datas comemorativas, festivais e em eventos beneficentes por meio da campanha “Cantando a Solidariedade” realizadas no natal e carnaval de 2017 e 2018, respectivamente, com arrecadação de donativos, para abrigos e casas de repouso, ações que geravam elevado grau de satisfação para os trabalhadores participantes.

E por falar em arte, o Projeto “Viver com Arte” idealizado e desenvolvido, a partir de 2017, pela coordenação do Siasst da sede da Sesab, por meio de curadoria e articulação de descontos ou gratuidade do acesso de trabalhadores da Sesab, independentemente do tipo de vínculo, às atividades culturais selecionadas, contribuiu para o incentivo ao desfrute de um lazer cultural, por reconhecer o lazer como um importante condicionante para a saúde.

Com relação ao meio ambiente, o Projeto SUStentabilidade, idealizado e gerido por trabalhadora da coordenação de Gestão do Trabalho em articulação com o Paist, com o objetivo de promover a redução de impactos ambientais, estimulando a sustentabilidade na Sesab. Dentre as ações previstas, estão: revitalizar o Programa Recicle Já Bahia na Sesab, com implantação da coleta seletiva na Sesab; desenvolver ações pedagógicas para compreensão e assimilação da importância da sustentabilidade; mudança de hábitos e atitudes frente ao desperdício; reduzir o uso de copos descartáveis; uso racional de papel; implantação de hortas comunitárias e atividades de meditação e outras práticas integrativas de saúde ao ar livre.

Ademais, no primeiro semestre de 2021, uma força-tarefa dos Siasst e CSSTS foi convocada para revisão do Manual de implantação e Funcionamento do Paist e seu documento base. O processo foi realizado de forma participativa, tendo sido realizadas duas web reuniões com os Siasst e disponibilizado um formulário para registro das sugestões de alterações.

4 - O Coral Vozes da Sesab é uma iniciativa dos trabalhadores desta Secretaria, existente desde a década de 90. Em 2007, passou a ser gerido pela Dgtes/Superh, até o ano de 2020. Com a advento da pandemia da Covid-19 e o término do contrato do maestro no mesmo ano, o Coral interrompeu suas atividades, com perspectiva de retorno assim que se normalize a situação sanitária no país.

Abaixo, apresentamos um quadro-síntese das modificações realizadas na 2ª versão do documento acompanhadas das respectivas justificativas.

Quadro 2. Principais alterações à 1ª versão do Manual do Paist. Bahia, julho, 2021.

MANUAL PAIST - 2ª VERSÃO	MANUAL PAIST 1ª VERSÃO	JUSTIFICATIVA
<i>Linhas de ação</i>		
6 linhas de ação. Foram revisadas as anteriores e incluída a linha: Promoção da Saúde e Prevenção de riscos e Agravos.	5 linhas de ação.	Alinhar-se com o objetivo primordial do Paist que é a promoção da saúde e possibilitar melhor coerência na distribuição das ações por linha diretiva.
Incorporação de ações referentes à SUSTentabilidade e ao cuidado com a saúde do meio ambiente de forma transversal às ações de saúde do trabalhador, na nova linha de ação: "Promoção da Saúde e Prevenção de riscos e Agravos".	Não havia referência a ações de SUSTentabilidade e saúde ambiental.	Compreensão de que a saúde é o resultado da interação dos indivíduos com um conjunto de determinantes e condicionantes, dentre eles, o trabalho e o meio ambiente.
<i>Coordenação de Saúde e Segurança do Trabalhador da Saúde - CSSTS</i>		
Coordenação de Saúde e Segurança do Trabalhador da Saúde -CSSTS/Dgtes	Equipe de gestão do Paist/Cgts/Dgtes (A equipe de gestão do Paist integrava a Coordenação de Gestão do Trabalho na Saúde da Dgtes)	A partir de 2015, fez-se necessário uma reestruturação interna, com a designação de uma nova coordenação na diretoria direcionada especificamente à condução dessa pauta, dada a sua robustez e em resposta às crescentes demandas decorrentes da implementação e operacionalização do Paist na Secretaria.
Assumiu-se no documento a atribuição: "Fomento à estruturação de área e/ou elaboração de Programas de atenção à saúde do trabalhador do SUS-BA nos municípios da Bahia, contribuindo para a capilarização de uma atenção direta e estruturada ao trabalhador dos serviços públicos de saúde".	Não estava caracterizada claramente essa atribuição de apoio à regionalização da atenção à saúde do trabalhador do SUS.	Considerando: - o papel do SUS estadual em induzir e apoiar tecnicamente o SUS municipal no desenvolvimento de suas políticas e programas; - a atenção à saúde do trabalhador do SUS como parte integrante da gestão do trabalho na Saúde; - o propósito da Dgtes em defender e fomentar o estabelecimento de condições, processos e relações de trabalho humanos, dignos e seguros no SUS-BA; Entende-se, portanto, como pertinente e necessária a atuação desta área técnica no fomento e apoio à capilarização da Política Nacional de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (Nob-RH/SUS, 1998) e do Protocolo 008 da MNNP/SUS nos municípios baianos, tendo o Paist como referência e respeitando as especificidades loco-regionais.

MANUAL PAIST - 2ª VERSÃO	MANUAL PAIST 1ª VERSÃO	JUSTIFICATIVA
A CSSTS poderá avaliar e deliberar sobre a pertinência de ações, como também sobre o perfil de trabalhadores a serem designados para composição dos Sias, em articulação com a gestão local; bem como, propiciar processos de educação permanente para o exercício de suas funções em alinhamento com o preconizado pelo Paist. Caberá aos gestores das unidades e profissionais dos Sias atuar de forma alinhada com o proposto pela CSSTS no que concerne à matéria de saúde e segurança do trabalhador da Sesab.	Não havia tratativas relacionadas a esse quesito.	Necessidade de ordenamento e alinhamento de condutas referentes à matéria de saúde e segurança do trabalhador em todas as unidades da Sesab.
Serviço Integrado de Atenção à Saúde do Trabalhador - Sias		
Sias para todas as unidades da Sesab. Para unidades com até 250 trabalhadores, no mínimo, 03 profissionais, sendo: um médico do trabalho e/ou outro profissional do Grupo Ocupacional de Serviços Públicos da Saúde, 1 auxiliar ou técnico administrativo e 1 técnico de segurança do trabalho.	No mínimo, 1 (um) Trabalhador de referência em unidades com até 250 trabalhadores.	Necessidade de maior número de profissionais direcionados e de um serviço estruturado e apropriado para o acolhimento do trabalhador e desenvolvimento das ações propostas. Salienta-se que este é a proposta de uma composição mínima, cabendo a cada unidade robustecê-la conforme a necessidade local.
Para unidades com mais de 250 trabalhadores, no mínimo, 05 profissionais, sendo: um médico do trabalho, 02 profissionais que compõem o Grupo Ocupacional de Serviços Públicos da Saúde, 1 auxiliar ou técnico administrativo e 1 técnico de segurança do trabalho.		
Revisão e ampliação da proposta de Dimensionamento de equipes de Sias conforme número de trabalhador de unidade.	Sias deveria ser composto, no mínimo, por quatro profissionais da equipe multiprofissional de saúde, sendo um deles médico, de preferência do trabalho.	Lembrando que a composição adequada dos Sias, propiciando o melhor alcance possível das atribuições a ele designadas, contribuirá no processo de certificação da unidade quanto à Humanização (Selo de Humanização da Peh-BA).
SIAS Matricial		
Modificação do nome e ampliação de funções do Sias Assistencial para Sias Matricial.	Sias Assistencial	Necessidade de se estabelecer uma estrutura de apoio, não apenas assistencial, mas também matricial para o desenvolvimento das ações dos Sias e fortalecê-la, mediante incremento de profissionais e infraestrutura física e de funcionamento, para a implementação de programas estruturantes de Segurança e Saúde do Trabalhador na Sesab.

MANUAL PAIST - 2ª VERSÃO	MANUAL PAIST 1ª VERSÃO	JUSTIFICATIVA
Comissões Locais de Saúde do Trabalhador - CLST		
Só poderão participar do processo eleitoral trabalhadores de vínculo estatutário ou Reda;	Podiam participar trabalhadores de qualquer tipo de vínculo;	Atender demandas contratuais relativas ao processo de terceirização; favorecer a ocorrência de negociação entre gestores e trabalhadores, preservando os de vínculos mais frágeis; permitir maior representatividade do seguimento dos trabalhadores, uma vez que trabalhadores em situação de cargo comissionado representam, na situação, o seguimento gestor, e participarão do processo, portanto, no espaço negocial.
Trabalhadores terceirizados serão representados pela participação de representantes de suas respectivas Cipa nas reuniões da CLST;	Não estava prevista interface com as Cipa das empresas terceirizadas que atuam na unidade;	
Estabeleceu-se atribuição por responsável: CSSTS, gestor da unidade e integrante da CLST e Siast, e fluxo diretivo de atividades a serem realizadas, dentre elas: planejamento participativo; elaboração ou revisão do mapa de risco como primeira ação da CLST; mapeamento de fatores de risco de situações críticas; elaboração de relatórios por mapeamento e pauta de negociação e realização de reunião de negociação e pactuações de melhorias bimensal ou sempre que necessário com a gestão local e elaboração de atas e relatório final de gestão;	As atribuições da CLST e das instâncias de apoio ao funcionamento das CLST, sobretudo do gestor, não estavam bem especificadas;	Por meio do fornecimento de um passo-a-passo, favorecer o alinhamento das ações e o consequente fortalecimento e implementação de CLST, para o alcance efetivo de melhoria das condições e relações de trabalho locais.
Alinhamento de processo eleitoral unificado e articulado pela CSSTS/Dgtes;	As unidades decidiam o momento de implantar a CLST e, consequentemente, o período de vigência das CLST diferia de uma unidade para outra.	Possibilitar, dentre outras coisas, a existência de CLST em todas as unidades e a oferta de um curso unificado de qualificação inicial para os membros, a fim de alinhar conceitos, propósitos e atuação.
Curso de qualificação oferecido pela CSSTS/Dgtes	A capacitação era de responsabilidade de cada Siast;	Necessidade de alinhamento do acesso a um conjunto mínimo de conteúdos sobre Saúde do trabalhador, por meio de abordagem problematizadora, a fim de fortalecer o processo de capacitação e favorecer uma maior mobilização dos trabalhadores eleitos para o desenvolvimento de suas ações direcionadas à transformação da realidade local.
Destinação de, no mínimo, 12 horas mensais, liberadas em escala, do(a) integrante da CLST para desenvolvimento de suas ações.	O (a) componente da CLST deveria ter, minimamente, um turno por mês, liberado em escala, para atuação da CLST.	Possibilitar tempo suficiente para o desenvolvimento das ações da CLST.

só se tornarão efetivas se acompanhadas do necessário investimento para sua estruturação, a exemplo da implementação e monitoramento dos Planos de Gerenciamento de Risco (PGR) ou afins e acompanhamento da situação de saúde dos trabalhadores por meio dos exames e consultas periódicos atribuídos ao Siasat Matricial. Contudo, seguimos acreditando no poder indutor da palavra registrada, do protagonismo dos sujeitos e seus movimentos micropolíticos para sensibilização e viabilização de cenários macropolíticos.

ENCONTROS POTENTES: O PAIST E A HUMANIZAÇÃO DO TRABALHO NA SAÚDE

“De sonhação o SUS é feito. Com crença e luta o SUS se faz.” (Ray Lima)

Pautas contra hegemônicas requerem, de fato, uma comunhão de atores sociais que nelas acreditem, para que sonhem junto e retroalimentem energia para lutar por sua visibilidade e implementação. Não seria diferente com o Paist. Em realidade, um encontro potente se deu entre os sujeitos que operavam o Programa e a Coordenação de Humanização do Trabalho na Saúde.

O ‘entretecer’ deste vínculo no cotidiano contribuiu para ‘tecedura de muitas manhãs’, por assim dizer, para os trabalhadores. Prova disso, é o alinhamento com princípios, diretrizes e dispositivos do HumanizaSUS – com destaque para o acolhimento, clínica ampliada e gestão compartilhada/ colegiado gestor, valorização do trabalho e do trabalhador – os quais contribuem para formação do lastro ético-político do Programa. Desse modo, estimula a rede Paist a assumir a humanização de forma transversal, tanto em seus documentos, como na prática cotidiana.

A Coordenação Estadual de Humanização do Trabalho na Saúde contribuiu sensivelmente para conformação de eixos estruturantes do Paist nas unidades da Sesab, e segue estimulando o avanço da atenção à saúde do trabalhador da Saúde, não apenas na Sesab, mas também nos municípios baianos. Isso se dá por meio da Política Estadual de Humanização da Atenção e da Gestão no SUS-BA (PEH-BA) e do Selo Estadual de Humanização, que recomendam a implantação de Siasat e CLST para promoção de uma gestão do trabalho humanizada.

Ademais, esta relação foi consolidada pela realização de três Mostras Integradas de Humanização e Saúde do Trabalhador do SUS-BA, realizadas por ambas as coordenações, entre os anos de 2017 e 2019, nas quais foram reconhecidas mais de 70 experiências nestes campos em todo estado da Bahia. Os eventos contribuíram para intercâmbio de experiências e para o fomento da

regionalização dessas pautas no SUS-Ba. E como produz ânimo os encontros com sujeitos que estão na luta, indo “lá fazer o que será”⁵, não é mesmo?

ESPERANÇANDO NOVOS AMANHECERES: TIRANDO FORÇAS DOS FEEDBACKS POSITIVOS

Como a implementação do Paist se dá coletivamente, considerar o que dizem é fundamental para o balizamento de todo o processo. Nesse sentido, cumpre-nos referir que há, sim, muitas falas cotidianas, tantas vezes não sistematizadas, sobretudo dos apoiadores da rede, que apontam insatisfações, cansaço e frustrações perfeitamente compreensíveis para uma pauta que, como dizia-nos, Alexandre Jacobina, militante da Saúde do Trabalhador na Bahia, “é como carregar pedra”. Grande parte destes relatos foram considerados nos fatores limitantes e desafios aqui apontados.

Entretanto, há outras falas que produzem alento e a confiança de que estamos no caminho, ainda que este caminho esteja se delineando ao caminhar, parafraseando o poeta Antônio Machado. Fazemos questão de apresentar alguns desses registros feitos pela equipe do Sias Matricial:

Quando a gente tem dor crônica é difícil ser ouvido, vocês nos ouvem!

Através do grupo, pude me valorizar como pessoa e profissional, aceitando minhas limitações e de toda equipe, procurando viver em harmonia com todos.

O grupo me ajudou a me posicionar melhor diante de várias dificuldades, ou seja, situações corriqueiras que antes me incomodavam muito, porém agora encaro de outra forma.

Quando iniciei no grupo estava de licença médica e aprendi a aceitar minha condição de saúde, com as limitações e permitir ser ajudada (físico e psicológico). Compartilhar minha dor foi um alívio. Estou mais forte!

Me faz lembrar que, além de trabalhar e cuidar de alguém, eu preciso cuidar de mim.

POR OUTROS AMANHECERES: DESAFIOS E PERSPECTIVAS

5 - Trecho faz alusão à música: Nunca pare de sonhar de Gonzaguinha, tema da III Mostra Integrada de Humanização e Saúde do Trabalhador do SUS-BA.

Ao longo do texto foram pontuados os avanços, mas também os nós que ainda necessitam ser desatados para que “amanhã, tordo de um tecido tão aéreo” (representando o pleno funcionamento do Paist) seja estendida sobre a Sesab e, quiçá, expandido e assumido a outros trabalhadores do SUS-BA.

E, reconhecemos, não são poucos estes desafios e perspectivas. Assim, os colocamos sob uma lupa para maior atenção dos gestores, trabalhadores e representantes destes daqui por diante, recuperando neste desfecho alguns dos citados: criação de orçamento próprio, regular e suficiente para o Paist e Siasst Matricial; construção/definição de sede própria, transformação em unidade prestadora de serviço e toda logística necessária para o adequado funcionamento do Siasst Matricial (conforme assumido na 2ª versão do Manual do Paist); viabilização sistemática de programas normativos de segurança e saúde do trabalhador, dentre eles PGR, PPRA e PCMSO, de modo ampliado e alinhado com o modelo da saúde do trabalhador; sistema de informação com prontuário eletrônico e sala de situação de saúde do trabalhador da Saúde; fortalecimento das equipes e estrutura dos Siasst locais nas unidades assistenciais e estabelecimento desses serviços nos Núcleos Regionais de Saúde e reativação do Coral Vozes da Sesab.

Está posto, portanto, o desafio de ampliar e implementar ações de promoção e proteção à saúde dos trabalhadores da saúde, para além dos modelos tradicionais predominantes na gestão de serviços privados; garantir a inclusão dos princípios do SUS, da participação dos trabalhadores, da responsabilização dos gestores, da atenção à natureza e à complexidade do trabalho em saúde em seu cotidiano.

Como perspectivas, além do alcance dos desafios supracitados, temos: a valorização do trabalho e dos trabalhadores da Sesab e a regionalização da Política Estadual de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, perseguindo, na contramão dos tempos atuais, a despreciação do trabalho, a efetivação de planos de carreiras e vencimentos com melhoria salarial progressiva, o dimensionamento e adequado provimento de trabalhadores com consequente diminuição da sobrecarga de trabalho, pois, como é sabido, estes fatores estão fortemente relacionados com sofrimento e agravos relacionados ao trabalho.

Por fim, não restam dúvidas de que, como concluiu Drummond⁶, “o presente é tão grande”, que nos impõe ‘não nos afastarmos muito’... “vamos de mãos dadas”, passando solidariamente um ao outro o “grito”⁷ que tecerá este amanhã.

REFERÊNCIAS

6 - Poema - Mãos dadas - de Carlos Drummond de Andrade.

7 - Alusão ao poema de abertura desse texto: Tecendo a manhã de João Cabral de Melo Neto.

BAHIA. Secretaria da Saúde. Superintendência de Recursos Humanos da Saúde. Manual de Implantação e Funcionamento do Programa de Atenção Integral à Saúde da Trabalhadora e do Trabalhador da Sesab. Salvador: Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, 2014; 2021.

BAHIA. Governo do Estado da Bahia. Secretaria da Saúde. Superintendência de Recursos Humanos. Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Coordenação Estadual de Humanização. Política Estadual de Humanização da Atenção e da Gestão no SUS-Bahia. Salvador, Sesab: 2017.

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado. Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde. Diretoria de Vigilância e Atenção à Saúde do Trabalhador. Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador. Política de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora do Estado da Bahia. Salvador: Cesat/Divast, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS (NOB/RH SUS). Brasília: 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS. Protocolo Nº 008 /2011 da Mesa Nacional de Negociação Permanente do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

CRUZ, Ana Flávia Barros *et al.* Programa de Atenção Integral à Saúde da Trabalhadora e do Trabalhador da Sesab: da concepção ao voo. In SOLLA, Jorge José Santos Pereira (Org). Estratégias da Política de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde: experiências da Bahia. Salvador: EDUFBA, 2014.

DRUCK, G. Trabalho, Precarização e Resistências: novos e velhos desafios? Caderno CRH, Salvador, v. 24, n. spe 01, p. 37-57, 2011.

LACAZ, Francisco Antônio de Castro. Diferentes formas de apreensão das relações entre trabalho e saúde/doença. O campo da Saúde do Trabalhador: aspectos históricos e epistemológicos. In PAIM, Jairnilson Silva; ALMEIDA-FILHO, Naomar (orgs). Saúde coletiva: teoria e prática. 1ª Ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2014, p. 595-610.

MENDES, R. Conceito de Adoecimento Relacionado ao Trabalho e sua Taxonomia. In: MENDES, R. Patologia do Trabalho. (Organizador). Vários colaboradores. 3ª ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2013. ISBN 978-85-388-0375-1. (p. 137-183)

MENDES, R.; DIAS, E.C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. Rev Saúde Pública, 1991; 25(5):3-11.

MENDES, R.; WAISSMANN, W. Bases Históricas da Patologia do Trabalho. In: MENDES, R. Patologia do Trabalho. (Organizador). Vários colaboradores. 3ª ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2013. ISBN 978-85-388-0375-1. (p. 3-48).

NOBRE, Letícia Coelho da Costa; GALVÃO, Ana Maria Ferreira; CARDIM, Adryanna; MENDES, Tiza Trípodí. Vigilância em Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde: Práticas e desafios. In NOBRE, Letícia Coelho da Costa; PENA, Paulo Gilvane Lopes; BAPTISTA, Rosanita. (orgs) Saúde do Trabalhador na Bahia: história, conquistas e desafios. Salvador: EDUFBA: Sesab:Cesat, 2011.

OLIVEIRA, S. G. Proteção jurídica à saúde do trabalhador. 5ª ed. rev. ampl. e atual. – São Paulo: LTr, 2010. ISBN 978-85-361-1558-0.

POCHMANN, M. Desindustrialização e promessas de modernidade capitalista. In: Brasil sem industrialização: a herança renunciada [online]. Ponta Grossa: Editora UEPG, 2016, pp. 148-176. ISBN 978-85-7798-216-5. Available from SciELO Books.

SILVA, Iracema Viterbo, Aquino, Estela M. L. e PINTO, Isabela Cardoso de Matos Violência no trabalho em saúde: a experiência de servidores estaduais da saúde no Estado da Bahia, Brasil. Cadernos de Saúde Pública 2014, v. 30, n. 10.

SILVA IV. Violência no trabalho em saúde; a invisibilidade do sofrimento nas organizações de saúde na Bahia. 171f., 2013. Tese (Doutorado) Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2013

UFBA. Universidade Federal da Bahia. Instituto de Saúde Coletiva. Perfil de Morbidade dos Trabalhadores da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Relatório de pesquisa encaminhado à Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado da Bahia, 2012.

VASCONCELLOS, Luis Carlos Fadel de. Entre a saúde ocupacional e a saúde do trabalhador: as coisas nos seus lugares. In VASCONCELLOS, Luis Carlos Fadel de; OLIVEIRA, Maria Helena Barros de. (Orgs.) Saúde, Trabalho e Direito: uma trajetória crítica e a crítica de uma trajetória. Rio de Janeiro: Educam, 2011.

CAPÍTULO 9

Ana Flávia Barros Cruz

Angélica Araújo de Menezes

Bruno Dórea Jaques

Camila Moitinho de Aragão Bulcão

Carla Oliveira Bueno Massa

Damásia Carvalho de Oliveira Fernandes

Franklin Brenno de Oliveira Correia Alves

Letícia Coelho da Costa Nobre

Pedro Marcus Rodrigues Valeijo Pinto

Tamires Maria Amaral Andrade

Produzindo sentidos entre as relações de trabalho e o processo saúde-doença: A Saúde e Segurança dos Trabalhadores da Sesab

Mas é preciso ter manha, é preciso ter graça
É preciso ter sonho sempre
Quem traz na pele essa marca possui
A estranha mania de ter fé na vida.

Maria, Maria – Milton Nascimento

PRODUZINDO SENTIDO ENTRE AS RELAÇÕES DE TRABALHO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA: A SAÚDE E SEGURANÇA DOS TRABALHADORES DA SESAB

Parafraseando o educador popular Paulo Freire, “não é no silêncio ‘que se faz saúde do trabalhador’. Mas na palavra, no trabalho, na ação-reflexão”. Este é, sem dúvida, o espírito que tem movido os autores deste capítulo, verdadeiras “Marias, Marias”¹ na lida cotidiana pela implementação dessa pauta na Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Sesab). Por isso, como frequentes “caçadores” de janelas de oportunidade, servimo-nos do presente para “dizer nossa palavra”, relatando e provocando reflexão sobre o caminho que a Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (Dgtes) vem desbravando, em cenários por vezes tão controversos, para implementação de programas e ações normativos de promoção e proteção da saúde dos trabalhadores da saúde, sem perder de vista princípios basilares do campo da Saúde do Trabalhador.

Pois então, “senta que lá vem a história”!

O PROGRAMA DE SAÚDE DO TRABALHADOR DA SESAB E O DESAFIO DE AVANÇAR NA IMPLEMENTAÇÃO DE NORMATIVAS BÁSICAS DE PROTEÇÃO DA SAÚDE

O Programa de Atenção Integral à Saúde da Trabalhadora e do Trabalhador da Sesab (Paist), instituído em 2012² nesta Secretaria, tem por objetivo a promoção da atenção integral à saúde dos trabalhadores da rede própria sob gestão direta da Sesab, independente do vínculo empregatício, priorizando a humanização das relações, a promoção da saúde, segurança e qualidade de vida, bem como a prevenção dos agravos relacionados ao trabalho.

Orienta-se por princípios e diretrizes consonantes com o Sistema Único de Saúde e campo da Saúde do Trabalhador, quais sejam: universalidade, integralidade da atenção, participação social, equidade, ética, humanização do trabalho, direito à informação e articulação intra e intersetorial. Para tanto, distribui suas ações ao longo de seis linhas norteadoras: (1) Promoção da Saúde e Prevenção de riscos e agravos; (2) Educação, comunicação e informação em saúde; (3) Vigilância de ambientes, processos e atividades de trabalho; (4) Assistência à saúde dos trabalhadores; (5) Notificação e gerenciamento de informação de agravos em saúde do trabalhador; (6) Planejamento, monitoramento e avaliação.

1 - Fazendo alusão a música “Maria, Maria” de Fernando Brant e autoria de Milton Nascimento (trecho na capa de abertura deste capítulo).

2 - Diário Oficial do Estado da Bahia. Portaria Sesab nº. 1.761 de 20 de dezembro de 2012.

Sempre acreditando e defendendo a premissa de que “não se faz saúde do trabalhador sem a participação deste”, o Programa se desenvolve a muitas mãos, por meio de três pilares: os Serviços Integrados de Atenção à Saúde do Trabalhador (Siastr) locais, o Siastr Matricial e as Comissões Locais de Saúde do Trabalhador (CLST), sob à Coordenação Técnica de Saúde e Segurança do Trabalhador da Saúde (CSSTS) vinculada à Dgtes. A descrição detalhada e atribuições de todos estes entes encontram-se no Manual de Implantação e Funcionamento do Paist (BAHIA, 2012; 2021).

Nos primeiros anos desde a sua instituição, a coordenação do Programa ocupou-se de fomentar a conformação de Siastr e CLST nas unidades da Sesab, padronizar e acompanhar a implementação de fluxos de acidentes em serviço e acompanhamento da readaptação; desenvolver processos de educação permanente em saúde do trabalhador e apoiar o desenvolvimento das ações desta rede. Os resultados colhidos não foram uniformes, sendo mais prósperos naquelas unidades onde houve confluência de dois fatores: profissionais disponíveis e empenhados em desenvolver as ações previstas e, principalmente, gestores locais sensíveis à pauta, os quais investiram tanto quanto possível ou, pelo menos, não ofereceram objeção às iniciativas individuais dos trabalhadores (CRUZ et al, 2014).

De certo, a partir do Paist, muitos trabalhadores passaram a ter, ao menos, um colega para acolhê-lo na relação saúde-trabalho (fosse a sua unidade, no Siastr Assistencial³ ou na Dgtes); ter os eventuais acidentes de trabalho notificados em impresso próprio e encaminhados à Junta Médica Oficial do Estado (JMOE) para homologação, bem como, um interlocutor para apoiar nas questões com aquele órgão; apoio para situações de readaptação funcional; e ações de educação permanente e promoção da saúde e qualidade de vida no trabalho, tais como: oficinas de canto, alongamentos, ginástica laboral e escola da postura e variadas Práticas Integrativas e Complementares de Saúde (Pics), dentre elas: meditação/relaxamento, reiki, Yoga, Chi Kong, ventosas, aromaterapia, acupuntura, disponibilizadas conforme possibilidades de cada Siastr local e do Siastr Matricial.

Entretanto, evidencia-se (ainda) uma carência de ações mais estruturantes, padronizadas e disponibilizadas de forma equânime para todo o conjunto de trabalhadores. Um caminho interessante (e, a nosso ver, necessário) seria investir na implementação de instrumentos regulatórios legais já existentes no Brasil desde a década de 40 do século XX, com a criação da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), sendo fortalecida com as normas regulamentadoras do Ministério do Trabalho e Emprego, a partir do ano 1978, as quais recomendam a realização de dois programas basilares para estru-

3 - Desde sua criação em 2012 até o primeiro semestre de 2021, esta equipe foi intitulada de SiastrAssistencial. Posteriormente, passou a chamar-se SiastrMatricial sendo-lhe previstas outras funções, as quais demandam investimentos institucionais para sua reestruturação.

ração da atenção à saúde dos trabalhadores: o Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA), estabelecido pela NR-9, e o Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO), definidos pela NR-7, ambos requeridos também, a partir de 2005, pela NR-32 que é a norma-mãe referente à segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde.

Assim, por entender que o PPRA e o PCMSO – desenvolvidos com base nos princípios da saúde do trabalhador, ou seja, de forma participativa e considerando o saber empírico dos trabalhadores sobre seus processos e atividades de trabalho – seriam importantes aliados para dar corpo e implementar de forma sistêmica a linha ação de “Vigilância de ambientes, processos e atividades de trabalho”, além de oferecer subsídio para o desenvolvimento de todas as outras linhas, a equipe gestora envidou esforços em articulações internas e externas, na expectativa de encontrar caminhos para viabilizar a execução sistemática destes programas. Porém, lamentavelmente, não houve ressonância institucional à época.

**“SE MAOMÉ NÃO VAI À MONTANHA, A MONTANHA VAI A MAOMÉ”:
NOTIFICAÇÕES, DEMANDAS JUDICIAIS E A DEFESA DO DIREITO À SAÚDE.**

Por volta de 2015, à medida que o Paist foi se tornando conhecido pelas instâncias de gestão internas (ao menos como área técnica que pudessem responder aos problemas relativos à pauta), começaram a ser direcionadas, para sua coordenação, diversas notificações da Superintendência Regional do Trabalho (SRT) e processos advindos do Ministério Público do Trabalho (MPT), inclusive ações civis públicas, reclamando o descumprimento, por parte da Sesab, de diversos dispositivos legais da norma reguladora do Ministério do Trabalho n. 32. Vale ressaltar que notificações semelhantes há muito tempo “batiam à porta da Sesab”, porém eram tratadas entre as unidades em questão e outras instâncias da secretaria, geralmente vinculadas à Superintendência de Atenção Integral à Saúde (Sais), vez que não havia uma área técnica específica de atenção à saúde dos trabalhadores da secretaria.

De modo geral, estas notificações requeriam da Sesab a apresentação de: PPRA, PCMSO e respectivas evidências de execução, monitoramento do estado vacinal dos trabalhadores, plano de prevenção contra acidentes com materiais perfurocortantes, controle de dispensação de equipamentos de proteção individual, evidências de sessões de educação permanente para prevenção de agravos, controle da manutenção de sistema de gases medicinais, relação de acidentes de trabalho ocorridos por tipo e ano e Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT)⁴ emitidas, tanto para trabalhadores de vínculo próprio como terceirizado. Sim, exigia-se o controle da Sesab quanto ao cumprimento destas

4 - No caso de trabalhadores de vínculo próprio com o Governo Estadual (estatutários, Regime Especial de Direito Administrativo – Reda e cargo comissionado), a Instrução Normativa n. 005/2023 da Secretaria da Administração (Saeb) definiu que os acidentes de trabalho deveriam ser registrados no impresso Notificação de Acidente em Serviço (Nat).

normativas por parte das empresas contratadas e a consequente posse de cópias desses documentos, tendo em vista a corresponsabilidade.

Tais demandas encontravam um cenário infelizmente ainda atual de ausência de gestão central e integrada das informações solicitadas. Fez-se necessário que a CSSTS garimpasse, todas às vezes, unidade a unidade, Siast, as respostas possíveis e, num esforço hercúleo, articulasse com as diversas superintendências e diretorias que, na Secretaria da Saúde, respondem por dado tipo de vínculo empregatício e/ou gestão de contratos terceirizados, as quais, na maior parte das vezes, não dispunham nem monitoram tais dados; tendo que solicitá-los naquele momento às empresas e deparar-se com a realidade de que, algumas delas não cumpriam todos os requisitos obrigatórios solicitados.

Nesse ínterim, outro problema se apresentava à Sesab, sendo solicitado apoio do Paist para sua resolução: impossibilidade de emissão do formulário Perfil Profissiográfico Previdenciário (PPP) para trabalhadores da Sesab (que o solicitava, muitas vezes, por meio de ações judiciais), em virtude da inexistência ou insuficiência de informações em Laudos Técnicos das Condições Ambientais de Trabalho (LTCAT).

À época, a expectativa era de resolver o problema pelo simples direcionamento de um médico do trabalho vinculado ao Paist para realização do LTCAT. A CSSTS, contudo, explicou da impossibilidade técnica de resolver o problema daquela maneira e articulou, em auxílio à Diretoria e Superintendência de Recursos Humanos (Darh/Superh/Sesab) diversas reuniões com a Diretoria de Vigilância à Saúde do trabalhador (Divast/Sesab), Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), Superintendência Regional do Trabalho e Fundacentro, cujos respectivos representantes foram unânimes em recomendar à Sesab o planejamento para execução dos LTCAT, e desenvolvimento anual (e sempre que necessário) do PPRA e PCMSO.

Diante de tais fatos, alguns questionamentos emergiam: Em se tratando de servidores públicos não contratados pelo regime celetista, estava a Sesab “obrigada” a atender tais prerrogativas? Estaria o Estado desatento as “obrigações” para com os seus “servidores”? Pelo disposto nos instrumentos que regulamentam a saúde do trabalhador do Sus, a saber: a NOB-RH SUS (BRASIL, 2003) e as diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do SUS (BRASIL, 2011), compreendemos que a resposta à estas duas questões é “sim”.

AS DISPUTAS POR RECURSO E PRIORIZAÇÃO DA PAUTA: ARRISCANDO OS PRIMEIROS PASSOS

Uma longa caminhada começa com o primeiro passo. (Lao-Tsé)

A repercussão das notificações e demandas judiciais que se avolumavam gerou o lastro necessário para que a CSSTS/Dgtes conseguisse inserir, no Plano Estadual de Saúde (PES – 2020-2023), compromisso 4 – *Promover a valorização do trabalho e do trabalhador*, a iniciativa 3 – *Aprimorar as ações de Segurança e Saúde do Trabalhador por meio do Paist*, a ação: *Implantar projeto de readequação das unidades da Sesab às normas regulamentadoras do Ministério do Trabalho*.

Além desta, outros compromissos foram assumidos pela Sesab referente a saúde de seus trabalhadores no PES vigente até 2023, os quais evidenciamos no quadro 1. No entanto, a despeito da programação, nenhum recurso financeiro, até então, havia sido direcionado para este fim.

Quadro 01. Ações pactuadas no Plano Estadual de Saúde (2020-2023) referentes à Segurança e Saúde da Trabalhadora e do Trabalhador da Sesab. Bahia, 2019.

PLANO ESTADUAL DE SAÚDE (PES – 2020-2023)			
Compromisso (4)	Promover a valorização do trabalho e do trabalhador		
Iniciativa (3)	Aprimorar as ações de Segurança e Saúde do trabalhador por meio do Programa de Atenção Integral à Saúde da Trabalhadora e do Trabalhador da Sesab		
Setor responsável	Superh/Dgtes/Darh		
Ações	Produtos	Meta até 2023	Indicador
Implantar sala de situação de segurança e da saúde do Trabalhador da SESAB	Sala de situação de segurança e saúde do trabalhador implantada	01	Número de Salas implantadas
Implementar Serviços de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Siastr's) e Comissão Local de Saúde do Trabalhador (CLST) das unidades da Sesab	Siastr's e CLST implantados	01 Siastr 13 CLST	Número de serviços e Comissões implantadas
	Siastr's e CLST em funcionamento	29 Siastr 29 CLST	Número de serviços e Comissões em funcionamento.
Implantar projeto de readequação das unidades da Sesab às normas estabelecidas pelas Normas Regulamentadoras do Ministério do Trabalho em Emprego	Projeto de readequação às normas estabelecidas pelas Normas Regulamentadoras do Ministério do Trabalho em Emprego implantado	01	Número de Projetos implantados
Implantar as ações do Guia de Promoção da Saúde do Trabalhador	Ação implantada	10	Número de ações implantadas

Fonte: PES – 2020-2023, p. 215, 216 (BAHIA, 2019).

Entrementes, em 2016 a Sesab celebrou um contrato com o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) para o financiamento de ações integradas ao Programa de Fortalecimento do Sistema Único de Saúde na Região Metropolitana de Salvador (Prosus). A bem da verdade, o referido contrato não previa linha de ação específica para área de gestão do trabalho, tampouco para saúde do trabalhador. Todavia, a gestão da Dgtes, ao tomar conhecimento da existência do Prosus, compreendendo a gestão do trabalho como transversal e fundante para qualificação da assistência aos usuários da saúde, tratou de articular o direcionamento de parte do recurso para diversas ações da pasta, inicialmente, para objetos da comunicação e informação em saúde, planejamento da força de trabalho e humanização, que estavam represados pela escassez de orçamento.

Foi então que a CSSTS requisitou a partilha do recurso também para a área de saúde do trabalhador, a fim de dar resposta a demandas históricas e qualificar a rede Paist. Nesse sentido, propôs a contratação de serviços técnicos, via recurso do Prosus, para elaboração de PPRA, PCMSO e Ltcat em todas as unidades da Sesab (na época, 54 estabelecimentos); e para formação de trabalhadores dos Sias em quatro práticas Integrativas e Complementares de Saúde (Pics), sendo elas: Yoga, reiki 1 e 2, Auriculoterapia e Reflexologia podal.^{5,6}

É importante dizer que a disputa do recurso para este fim não foi fácil, tendo sido necessárias enérgicas argumentações por parte de trabalhadoras e diretor da Dgtes, no âmbito do Prosus, citando as frequentes demandas judiciais e a possibilidade de oferecer subsídios para análise de concessão de aposentadoria especial (mediante regulamentação estadual), para que os termos de referência destes projetos encontrassem “lugar ao sol” neste financiamento.

Isto posto, passemos à descrição do intenso processo de elaboração dos programas contratados: PPRA e PCMSO, desenvolvidos em anos atípicos em que se vivia a pandemia da Covid-19, fato que tornou o processo, que era completamente novo para todos os envolvidos, ainda mais desafiador.

5 - Em virtude da pandemia de Covid-19 e da necessária reorganização dos processos de trabalho, parte dos projetos contratados via Prosus foram temporariamente suspensos, fato que reduziu o tempo para sua operacionalização, não tendo sido, por isso, possível realizar algumas das ações dos programas. No caso do Paist, foi inviabilizada a contratação do LTCAT e a realização do curso de reflexologia podal.

6 - A realização dos cursos de formação em Pics para os trabalhadores dos Sias está descrita no capítulo 8 deste livro. Neste capítulo, coube-nos analisar mais a cura da mente o processo de realização do PPRA e PCMSO.

REALIZAÇÃO DO PRIMEIRO PPRA SISTÊMICO NA SESAB: UM MARCO SIMBÓLICO⁷

Contratou-se, então, por meio de processo licitatório uma empresa especializada, que direcionou, ao longo do processo, 04 (quatro) engenheiros e 03 (três) técnicos de segurança para a construção de PPRA em 54 unidades da Sesab, incluindo as sedes administrativas do nível central e de Núcleos Regionais de Saúde (NRS), diretorias externas e todas as unidades assistenciais da rede própria sob gestão direta da capital e do interior do Estado, no período de agosto de 2020 a agosto de 2021.

O PPRA é, de acordo com a NR-9, um programa de higiene ocupacional que pesquisa os riscos ambientais de natureza química, física e biológica, qualificando e quantificando-os, conforme o caso; e que traça, em seu plano de ação, medidas para minimizar ou eliminar esses riscos. No momento em que o serviço foi pleiteado, embora fosse desejo da coordenação (e, sabidamente, da rede de Siasst locais), não houve espaço para inclusão do mapeamento de outros fatores de riscos, como os de acidentes e ergonômicos, sendo esta tarefa adiada para a fase subsequente de revisão dos programas.

Em contrapartida, negociou-se com a empresa contratada a sistematização de um questionário de levantamento de riscos psicossociais, cujo relatório seria unido ao PPRA de cada unidade, no sentido de ampliar o escopo do programa e realizar um diagnóstico para subsídio de ações relativas à melhoria dos processos e relações de trabalho, protagonizadas pelos Siasst e apoiadores de humanização locais, outros membros do Nugtes e de suas respectivas coordenações técnicas na Dgtes.

A fim de assegurar os princípios da participação, controle social e humanização que são caros ao Paist, e de precaver-se frente a uma possível conduta de superficialidade e incúria na elaboração dos produtos contratados, a CSSTS elaborou um cuidadoso processo de monitoramento e análise coletivo por parte da CSSTS, dos Siasst, gestores das unidades, e envolvimento dos trabalhadores durante as visitas técnicas, momento em que era explicada a ação, realizado escuta e, por vezes, registro das demandas por eles apontadas.

Em síntese, foram realizadas 11 reuniões virtuais com as 54 unidades envolvidas, com o objetivo de explicar a finalidade do processo e orientá-las acerca das visitas técnicas e todas as demais etapas. Na ocasião, apresentou-se o ‘roteiro de visita técnica’, ferramenta que auxiliaria o acompanhamento das atividades, e um fluxograma com o passo a passo de todo o processo.

7 - A escolha da expressão “marco simbólico” para referir-se à realização do 1º PPRA sistêmico na Sesab, alude ao seu significado no “movimento escoteiro”, a saber: conjunto de símbolos que animam o processo educativo, incentivando os integrantes a transporem o cotidiano de suas vidas, estimulando sua criatividade e autonomia, superando seus limites e aproximando-os das realidades que os cercam.

Dada a amplitude da ação, a CSSTS contou com o apoio das demais coordenações da diretoria, para o acompanhamento dos engenheiros da empresa contratada nas visitas técnicas às unidades situadas em Salvador. As referências da Dgtes e das unidades tinham o importante papel de garantir que fossem visitados todos os espaços e feitas perguntas-chaves aos trabalhadores locais. No interior, por conta da pandemia da Covid-19, as visitas foram acompanhadas apenas pelas referências locais. No entanto, técnicos da CSSTS prestavam apoio às unidades e aos engenheiros, e monitoravam todo processo por telefone.

As visitas eram precedidas do preenchimento de um documento base, por cada unidade da Sesab, composto de questões relativas ao tipo de unidade, serviços oferecidos, horário de funcionamento, descrição de atividades realizadas por setor e categoria profissional e levantamento de produtos químicos utilizados. Durante as inspeções, essas informações eram conferidas, considerando o trabalho real. No processo de análise dos riscos, mensurou-se nível de ruído e calor, sempre que necessário, e observou-se a jornada de trabalho e tempo de exposição. Com relação à radiação ionizante, como o serviço de bioimagem é terceirizado na maioria das unidades estaduais, foram solicitados os relatórios de controle dos dosímetros às empresas responsáveis.

O processo de revisão e validação do documento era feito em três etapas: Primeiro, pela própria unidade, retornando para empresa contratada para ajustes, quando necessário. Em seguida, regressava à CSSTS/DGTES, que o encaminhava à Comissão Técnica de Avaliação do PPRA para emissão de parecer técnico. Por fim, uma revisão final era feita pela equipe técnica da CSSTS, geralmente conferindo as solicitações feitas no parecer técnico, a fim de assegurar a contemplação de tudo o que foi pontuado.

Os pareceristas voluntários que, na prática, assumiram o trabalho foram: quatro enfermeiras, duas assistente social, um fisioterapeuta do trabalho, um engenheiro de segurança, um técnico de segurança e três médicos do trabalho, integrantes da CSSTS/Dgtes ou dos Siasst dos Hospitais Gerais Geral do Estado (HGE), Roberto Santos (HGRS), Ernesto Simões Filho (HGESF) e Centro Estadual Especializado em Diagnóstico, Assistência e Pesquisa (Cedap) e Divast.

De posse da minuta da versão final de cada documento, a coordenação do Paist encaminhava-o para ciência e aprovação da Comissão Geral, que era composta por representantes das seguintes áreas estratégicas da Sesab: Coordenação Executiva de Infraestrutura da Rede Física (Ceirf), Diretoria

Geral (DG), Superintendência de Atenção Integral à Saúde (Sais), Diretoria de Vigilância Atenção à Saúde do Trabalhador (Divast), Superintendência de Recursos Humanos (Superh) e Diretoria de Administração de Recursos Humanos (Darh).

Com a anuência das instâncias citadas, o “sinal verde” foi dado à empresa para emissão da versão final e envio do documento impresso, em duas vias, e no formato digital com assinatura eletrônica. A CSSTS, por conseguinte, após verificar a conformidade de conteúdo entre as versões, enviou-as para as respectivas unidades e arquivou uma versão original de cada documento na diretoria.

Para encerramento desta trajetória precursora, foram realizadas 04 (quatro) oficinas virtuais para os gestores e trabalhadores dos Sias e outros técnicos de referência que participaram do processo de construção dos instrumentos técnicos, organizadas por tipologia de unidade e com duração de duas horas cada. Nestas, o responsável técnico da contratada apresentou um panorama do trabalho realizado, esclareceu dúvidas e destacou a importância de as unidades concentrarem-se no processo de implementação do “Plano de Ação”, o qual aponta diversas das medidas necessárias para eliminação ou minimização dos fatores de risco identificados e para promoção da segurança e saúde dos trabalhadores locais.

O quadro 2 apresenta uma síntese das medidas propostas nos referidos planos de ação, com as respectivas bases legais e responsáveis por realizar e apoiar esta execução. O conteúdo foi ajustado pela CSSTS depois da entrega dos programas, mediante reanálise e consideração do grau de governabilidade das instâncias para as intervenções propostas.

Ao examinar o exposto no quadro 2, algumas ações que estavam atribuídas à unidade e a equipe matricial de segurança do trabalho, como a “elaboração de planos de emergência e treinamentos de combate a incêndio” e a “avaliação quantitativa de agentes químicos”, foram redirecionadas à CSSTS/DGTES que articulará intra e interinstitucionalmente os meios para efetivá-las de forma contínua.

Apesar do desenho organizado para possibilitar um meticuloso e participativo processo de revisão, o volume de unidades/documentos tratados de uma só vez, o tempo exíguo para realização da tarefa, além de se tratar de uma experiência que estava sendo vivenciada de modo sistêmico pela primeira vez, naturalmente implicou na existência de diversas lacunas a serem revisitadas na estrutura e conteúdo do documento em seu processo de revisão anual.

Quadro 2. Medidas propostas nos planos de ação dos PPRA das unidades da Sesab (2020-2021). Bahia, 2021.

ATIVIDADES E MEDIDAS DE CONTROLE	BASE LEGAL	RESPONSÁVEL	APOIO
Implantar Comissão Local de Saúde do Trabalhador (Clst)	Nob-RH/SUS, 2003; Portaria Sesab 1761/2012 - Manual Paist.	Siast(ou outro membro do Nugtes ⁸)	Gestão local CSSTS/Dgtes
Elaboração de mapa de risco por setor	NR 5; Portaria Sesab 1761/2012 - Manual Paist.	Clst	Gestão Local Siast CSSTS/Dgtes
Realizar inspeções de segurança nos ambientes de trabalho	NR 32 Portaria Sesab 1761/2012 - Manual Paist.	Siast Clst	Gestão Local
Investigação de acidentes e incidentes do trabalho	NR 32 Portaria Sesab 1761/2012 - Manual Paist.	Siast	Gestão Local Clst CSSTS/Dgtes
Promover educação permanente com foco na prevenção de riscos e agravos relacionados ao trabalho	NR 32, item 32.10.12; Nob-RH/SUS, 2003 (cap. V); Protocolo 008/2011; Portaria Sesab 1761/2012 - Manual Paist.	Siaste Educação Permanente	Gestão local CSSTS/Dgtes
Realizar treinamento para uso de equipamentos de proteção individual	NR 6, item 6.6.1; NR 32; Portaria Sesab 1761/2012 - Manual Paist.	Siaste Educação Permanente	Gestão local CSSTS/Dgtes
Elaborar e realizar campanhas de segurança e promoção da saúde	Portaria Sesab 1761/2012 - Manual Paist.	Siast	Gestão local Clst CSSTS/Dgtes
Avaliação quantitativa de agentes químicos	NR 15;	CSSTS/Dgtes	Sesab
Apresentar atualização do PPRA	NR 9; NR 32; Portaria Sesab 1761/2012 - Manual Paist.	CSSTS/Dgtes	Sesab
Elaborar o Plano de Emergência e treinamentos de combate a incêndio.	NR 23; NBR 15.219/ 2005; Portaria Sesab 1761/2012 - Manual Paist.	CSSTS/Dgtes	Sesab SSP/CBM

Fonte: PPRA Sesab (2020-2021) ajustado pela CSSTS/Dgtes.

8 - Núcleo de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde: Estratégia de gestão colegiada que agrega os setores: recursos humanos (RH), setor de Pessoal, Siast, educação permanente, comissão/ apoiadores de humanização ou equivalentes.

Apesar do desenho organizado para possibilitar um meticuloso e participativo processo de revisão, o volume de unidades/documentos tratados de uma só vez, o tempo exíguo para realização da tarefa, além de se tratar de uma experiência que estava sendo vivenciada de modo sistêmico pela primeira vez, naturalmente implicou na existência de diversas lacunas a serem revisitadas na estrutura e conteúdo do documento em seu processo de revisão anual.

Ficou pendente a quantificação dos riscos químicos, que seria feita pela contratação dos Laudos Técnicos das Condições Ambientais de Trabalho (LTCAT), infelizmente não efetivada. Perseguir a viabilização destas mensurações, apesar da despesa e certa complexidade logística, é demasiado valioso, por exemplo, para o controle rigoroso do risco de desenvolvimento de cânceres relacionados à exposição a quimioterápicos, substâncias manipuladas para esterilização de instrumentais e conservação de peças anatômicas, por exemplo; e exposição à radiação ionizante, em unidades nas quais os serviços de bioimagem estejam sob gestão direta da Sesab. De antemão, demarcamos a necessidade premente do levantamento radiométrico, disponibilização de dosímetros nestes serviços e equipamentos de proteção coletiva e individual adequados, possibilitando atestar a execução dos serviços em ambientes seguros ou apontar a necessidade de instalação ou reforço de barreiras, a fim de proporcionar a devida segurança aos profissionais e público em geral.

Ademais, o processo possibilitou a experimentação do trabalho como princípio educativo em uma longa jornada de educação permanente para toda a rede Paist, e contribuiu para ampliação do olhar e inquietações referentes às condições, relações e processos de trabalho a qual nós, trabalhadores da Sesab, estamos expostos. E estas inquietações são fundamentais para a mudança, afinal, como nos ensina Nise da Silveira: “É necessário se espantar, se indignar e se contagiar, só assim é possível mudar a realidade”.

LEVANTAMENTO DE RISCOS PSICOSSOCIAIS: UM CAPÍTULO À PARTE

O Paist considera que a produção de saúde do trabalhador passa não apenas pela melhoria das condições, mas também dos processos e, sobretudo, das relações no trabalho. Portanto, valoriza a “ambiência”, na perspectiva das políticas nacional e estadual de Humanização do SUS, como o produto de um trabalho coletivo que visa tornar o espaço laboral em um lugar “confortável e acolhedor”, “facilitador do processo de trabalho” e “onde os sujeitos se encontram”, isto é, onde prevalece a cogestão (BRASIL, 2004; BAHIA, 2017).

Em função dessa compreensão, a CSSTS e, em especial, os Siast locais e Matricial vêm se constituindo em espaços de escuta e acolhimento dos trabalhadores, muitas vezes como “muros de lamentações” para “desabafos” e “denúncias” sobre variadas formas de violência nas relações, principalmente

verbal e psicológica, carregadas de intenso sofrimento psíquico. Infelizmente, o acolhimento oferecido a estes casos tem baixa resolutividade, dado a pouca governabilidade, complexidade das questões apresentadas e a insuficientes habilidades relacionais de grande parte dos ocupantes de cargos de gestão. Esta frágil capacidade de resposta termina por desgastar, desmotivar e, por vezes, adoecer os trabalhadores que atuam nesses serviços.

É sabido que a violência no trabalho em saúde está relacionada ao sofrimento mental e comportamental, e influencia as rotinas de trabalho, sendo responsável restrições e/ou incapacidade funcional (SILVA, 2013). Semelhantemente, uma pesquisa com trabalhadores da Sesab revelou que a agressão verbal é uma das formas que impactam nos processos de trabalho em unidade de saúde, sobretudo nas unidades de emergência (UFBA/ISC, 2012).

Outro estudo realizado em hospitais públicos da Bahia, entre 2015 e 2017, evidenciou que as trabalhadoras de enfermagem estão expostas a frequentes situações de violência no trabalho, convivendo com frequentes situações de tensão e conflitos na interação com pacientes, acompanhantes, colega de trabalho e gestão (SANTOS, 2018).

Portanto, como parte da resposta organizada para estas demandas, a Coordenação de Humanização do Trabalho no SUS-BA/Dgtes – que acolhe demandas semelhantes através de seus apoiadores em seus fóruns, além dos intercâmbios feitos entre esta área técnica parceira e a CSSTS – vem oferecendo aos trabalhadores da Sesab o curso de “Promoção à cultura de paz no trabalho”, com o objetivo de estimular o amplo uso da comunicação não-violenta, enfrentamento às diversas formas de discriminação e preconceito e ao assédio moral.

Semelhantemente, CSSTS passou a ofertar, a partir de 2021, o curso de “Inteligência emocional”, ofertado por psicóloga da rede Paist. Adicionalmente, incluiu um capítulo de “Saúde Mental” na segunda versão do manual do Paist (BAHIA, 2021), com orientações aos Siasst locais para ações de promoção, prevenção, rastreamento e encaminhamento de casos para tratamento neste âmbito.

Todavia, ainda se faz necessário traçar um diagnóstico mais amplo, por meio do registro e sistematização de tais demandas, a fim de planejar ações mais específicas, que articulem prevenção e instrumentalização dos sujeitos para intervenções assertivas, quando o conflito já está instalado.

Foi nesse sentido que aproveitamos o movimento da realização do PPRA em toda rede Sesab, para agregar um levantamento de riscos psicossociais, por meio da aplicação de um questionário *online*, construído de forma coletiva por representantes das coordenações da Dgtes, Siasst e Divast. O instrumento era composto de 65 questões divididas nos seguintes blocos: **A)** Dados sócio-ocupacionais, **B)** Escala de Contexto e Atividades de Trabalho (EACT) e **C)** Questionário de Atos Negativos, ambos os instrumentos validados cientificamente e internacionalmente para este fim.

A participação foi voluntária e aberta aos trabalhadores de todas as unidades da Sesab, independente do tipo de vínculo. O link do questionário foi encaminhado à gestão das unidades, Siasst e apoiadores de humanização que divulgaram entre os trabalhadores de suas respectivas unidades, pelo período de aproximadamente 03 meses, obtendo-se 2022 participações.

Os dados foram sistematizados e analisados por empresa especializada em psicologia organizacional⁹, sendo emitidos 47 relatórios de riscos psicossociais, referentes às unidades em que houve trabalhadores que optaram por participar. Embora não seja propósito deste relato explorar os resultados dessa pesquisa institucional, pode-se adiantar que eles confirmam a necessidade de intervenções mais abrangentes e permanentes rumo a uma transformação de cultura gradual nos modos de gerir e relacionar de gestores, trabalhadores e usuários da saúde, de modo que a comunicação não-violenta e a promoção da paz no trabalho sejam marcas mais comuns.

“ANDAR COM FÉ EU VOU, QUE A FÉ NÃO COSTUMA FAIÁ”¹⁰: ELABORAÇÃO DO PCMSO E DE PROPOSTAS PARA EXECUÇÃO

Consecutivamente à entrega dos Programas de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA), entrou em cena outra empresa, vencedora do novo processo licitatório para elaboração do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO) das 54 unidades da Sesab e de propostas de execução do programa no formato básico-normativo e ampliado, de forma terceirizada ou autônoma, entre maio e agosto de 2021.

Para análise e validação dos programas elaborados, além da equipe técnica da CSSTS, foram convidadas duas médicas do trabalho, integrantes do então Siasst Assistencial/CSSTS. Elaborou-se modelo de parecer técnico para envio das solicitações de adequações nos documentos à contratada. Realizados os ajustes necessários, a empresa realizou o envio da versão final do PCMSO impresso em duas vias e no formato PDF com assinatura eletrônica os quais, foram enviados para suas respectivas unidades e, uma via, foi mantida sob a guarda da diretoria, tal qual ocorreu com o PPRA. Importante destacar que estes programas foram desenvolvidos conforme requisitos da NR-7 e 9 do Ministério do Trabalho e Emprego, modelo que denominamos PCMSO básico-normativo.

9 - Subcontratada pela empresa que realizou o PPRA da Sesab (2020-2021).

10 - Utilização do trecho da música “Andar com fé” (de autoria de Gilberto Passos e Gil Moreira, interpretada por Gilberto Gil), fazendo alusão à esperança e crença da equipe na implementação efetiva desta ação sistemática de cuidado com a saúde dos trabalhadores.

Paralelamente, a empresa passou a desenvolver os outros três produtos pactuados. Basicamente, encomendou-se a entrega de três projetos executivos que propusessem *como*, *onde* e *quanto* custaria a execução das consultas e exames admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho e demissionais para os trabalhadores de toda a rede própria sob gestão direta Sesab, capital e interior, incluindo os lotados nos Núcleos Regionais e Bases Operacionais de Saúde. Foram eles:

- (a) *PCMSO básico-normativo*: apenas com o que a NR-7 exige e sendo executado por empresa terceira;
- (b) *PCMSO ampliado*: inclusão, na rotina do PCMSO, consultas nas especialidades de enfermagem, odontologia, nutrição, fisioterapia e psicologia, além da consulta com médico do trabalho e/ou clínico, executado por empresa terceira;
- (c) *PCMSO básico-normativo e PCMSO ampliado, sendo executado pela Sesab.*

O desenho de operacionalização precisaria contemplar, ainda, distribuição de local de execução das consultas e exames por município/região de localização da unidade, dimensionamento de equipes para atendimento às unidades da capital e interior, relatório anual, emissão de atestado de saúde ocupacional (ASO), e demais requisitos presentes na norma regulamentadora correspondente. Os custos deveriam ser apresentados detalhadamente, de forma unitária e total por: profissionais a serem alocados, exames ocupacionais e laboratoriais, consultas, logística e infraestrutura.

Uma cartografia no *Google Maps* com os estabelecimentos sob gestão direta da rede própria da Sesab foi criada pela CSSTS e disponibilizada para a contratada, a fim de facilitar a visualização da distribuição dos serviços por macrorregião da Bahia, a distância entre eles e a elaboração dos desenhos que seriam propostos.

Foram realizadas visitas técnicas a 11 estabelecimentos, entre hospitais e centros de referência, sendo 08 na capital e 03 no interior do estado, com o objetivo principal de pesquisar locais potenciais para implantação do serviço de PCMSO, com espaço físico para realização das consultas e/ou exames.

Especificamente para o esboço do produto “c”, foram realizadas quatro reuniões de socialização da demanda auspiciosa e discussão de ca-

minhos possíveis para futura execução do PCMSO pela própria Sesab com as seguintes áreas estratégicas da Sesab: Superh, Sais (assessoria e Diretoria Geral das Unidades Próprias – DGGUP, Diretoria de Gestão de Serviços de Saúde – Dgess e Diretoria de Atenção Especializada – DAE), Laboratório Central Professor Gonçalo Moniz (Lacen/Suvisa), Fundação de Hematologia e Hemoterapia da Bahia (Hemoba), Diretoria Geral da Sesab (DG) e Assessoria de Planejamento e Gestão (APG).

Os representantes foram consultados, por exemplo, sobre a viabilidade de realização da coleta e análise de exames laboratoriais na rede ligada ao Lacen ou Hemoba; possibilidade de pactuação com a rede de gestão direta ou mesmo municipal, para realização de exames diagnósticos específicos, tais como audiometria e acuidade visual. Contudo, tendo em vista a não governabilidade os serviços que não são de gestão direta da Sesab, bem como, pelo direcionamento regimental desses serviços para o atendimento de dada função no SUS, considerou-se pouco viável o caminho da pactuação com estas instâncias.

Diante da inviabilidade apontada de contar com a rede para logística de salas de atendimento e realização de exames, desenvolveu-se um projeto que contempla construção de sedes próprias e unidades móveis para o desenvolvimento sistemático do PCMSO entre trabalhadores da Sesab, com opções de realização do modelo básico-normativo ou mais ampliado.

O desenho apresentado consiste no estabelecimento de quatro polos com estruturas próprias, (1) na capital, materializado no Siasit Matricial, para atendimento da macrorregião leste e apoio técnico a equipe dos polos do interior; (2) no núcleo centro-leste, em Feira de Santana, para atendimento das macrorregiões de saúde centro-leste, centro-norte e norte; (3) em Guanambi, para atendimento das macrorregiões de saúde oeste, e (4) em Vitória da Conquista, para atendimento das macrorregiões sul e extremo sul. Além de unidades móveis com estrutura para realização de consultas e todos os exames necessários, bem como processamento das amostras laboratoriais e emissão de laudos.

Após a entrega dos produtos contratados, a Dgtes estudará as propostas apresentadas, articulará parceiros intra e interinstitucionais e iniciará as andanças, “na fé que não costuma falhar”, para tornar realidade a implementação do PCMSO na Sesab, para atendimento do disposto no Planejamento Estadual de Saúde (PES 2020-2023) e efetivação do direito dos trabalhadores.

MAS COMO LEVAREMOS ESSE PROCESSO ADIANTE? QUAIS AS ESTRATÉGIAS?

Um dos maiores receios da equipe gestora do Paist é que todo esse processo se encerre em si mesmo, desconsiderando-se o recurso público investido e a expectativa gerada nos trabalhadores pelo sequenciamento do projeto. Por isso, todos os esforços estão sendo envidados no sentido de criar viabilidade para que se torne um processo permanente.

Nesse sentido, cinco ações se mostram estratégicas, são elas: consolidação do Siasst Matricial como coordenador da implementação dos programas normativos de saúde e segurança; ampliação e fortalecimento dos Siasst locais; pleno funcionamento das Comissões Locais de Saúde do Trabalhador; sistema de informação e financiamento próprio regular.

A seguir, descrevemos estas ações estratégicas, a partir de um panorama de seu estágio atual e necessidades de investimentos e correções.

- ***Consolidação do Siasst Matricial como coordenador dos programas normativos de saúde e segurança***

A elaboração e execução permanente de Programas de Segurança do Trabalho como o PPRA (NR-9), a emissão de Laudos Técnicos das Condições Ambientais de Trabalho (LTCAT) com análise quantitativa dos riscos químicos e físicos, Planos de Emergência e Combate a Incêndio (NR-23), bem como de propostas mais ampliadas como Plano de Gerenciamento de Risco (PGR – NR-1), o qual prevê a integração dos programas citados e mapeamento dos riscos ergonômicos, de acidentes e psicossociais, além da coordenação do PCMSO (NR-7), demandam uma equipe multiespecializada composta por médicos do trabalho e outros profissionais da equipe ampliada de saúde, engenheiros e técnicos de segurança do trabalho, higienistas, ergonomistas e bombeiro civil ou militar.

Tendo em vista a dificuldade histórica de incorporação destes profissionais aos Siasst locais, especialmente àqueles que não fazem parte do Grupo Ocupacional de Serviços Públicos de Saúde (Gosps), durante o processo de primeira revisão do Manual do Paist, em 2021, decidiu-se por renomear o antigo Siasst Assistencial para Siasst Matricial, ampliando suas funções. Dessa forma, além das ofertas assistenciais, de promoção e educação na saúde, passará a abarcar a coordenação técnica dos Programas de Saúde e Segurança do Trabalho na Sesab (como o PGR, PPRA e PCMSO ou semelhantes), dando unicidade e direcionalidade a estas ações basilares na Sesab, e prestando apoio aos Siasst para execução descentralizada.

Entretanto, para que a mudança transcenda o nome e se materialize na realidade, diversos desafios se interpõem, fazendo-se necessários vontade política e recursos financeiros regulares para superá-los. Contudo, asseguramos que tais investimentos serão bem menores que os custos da contratação de serviços de saúde e segurança pontuais, com possíveis multas advindas do descumprimento do direito dos trabalhadores a promoção e proteção de saúde no trabalho e, ainda, com os afastamentos do trabalho e custos sociais decorrentes dos adoecimentos e acidentes de trabalho.

Sendo assim, uma demanda premente e inadiável para manutenção e consolidação do Siasat Matricial, a fim de que siga cumprindo sua função de assistência complementar aos trabalhadores da Sesab, é o estabelecimento de uma sede própria, acessível, com infraestrutura adequada, atributo de unidade prestadora de serviço, coordenação e referência técnica instituídas, com aporte de recursos para gestão do serviço, Cadastro Nacional de Estabelecimento de saúde (Cnes), fatos que lhe possibilitarão registrar e faturar os atendimentos ambulatoriais, realizar notificações de agravos de notificação compulsória diretamente em sistemas de informação do SUS, e oferecer melhor ambiência aos trabalhadores da Sesab, tanto usuários do serviço, como os que nele atuam.

No entanto, antecipamos que, ao considerar essa transformação do Siasat Matricial em unidade prestadora de serviço, é coerente encontrar caminhos administrativos para viabilizá-la, preferencialmente, dentro da grande área de gestão do trabalho, mantendo a compreensão da atenção à saúde do trabalhador da Sesab como objeto da gestão do trabalho.

Além disso, propõe-se a conformação de uma equipe de vigilância à saúde neste serviço, no intuito de otimizar o custo-benefício da realização dos programas de saúde e segurança normatizados, pois se mostra mais econômico e vantajoso manter uma equipe própria de profissionais em comparação com a execução dos serviços por ente externo a Sesab, uma vez que, pode contribuir para fragilização da continuidade da atenção em saúde do trabalhador, precarização do trabalho, elevação do custo total dos serviços em decorrências das múltiplas contratações de empresas e altas taxas de administração, além de distanciar o monitoramento e o acompanhamento das ações típicas de saúde ocupacional e apresentar resultados qualitativos questionáveis (DRUCK; BORGES, 2002; MAAS; GRILLO; SANDRI, 2018).

No intuito de demonstrar como a conformação de uma equipe própria, além de ser mais vantajosa, pode ser também mais econômica ao erário, realizamos uma demonstração comparativa de custo referente a uma das categorias profissionais necessárias à essa equipe. Em um cálculo simples, considerando-se um índice de 1,7 para encargos sociais, verificou-se que a

contratação de um engenheiro de segurança por um período de 12 meses, com um salário de R\$ 7.500,00 (sete mil e quinhentos reais), correspondente a média de mercado¹¹ atual, e uma carga horária de 40 horas semanais, custaria a Sesab entre 58% e 40% menos (a depender da modalidade de contratação) que o valor investido na contratação do PPRA (2020-2021).

Portanto, dentre as vantagens da conformação de serviço matricial próprio, podemos relacionar:

- ✓ ter estes profissionais disponíveis por mais horas semanais e à disposição para o desenvolvimento e revisão de programas normativos (PPRA, PGR, Ltcet), apoio aos desenvolvimentos de mapa de risco pelas Clst, supervisão de técnicos de segurança do trabalho, suporte técnico aos Sias; não estando, desse modo, engessados com apenas um tipo de serviço contratado;
- ✓ atender ao princípio da economicidade pública, escapando das frequentes manobras de mercado para supervalorização dos serviços prestados a instituições governamentais.
- ✓ garantia de continuidade do serviço e menor fragmentação do processo produtivo entre as áreas de saúde e segurança;
- ✓ centralização da atividade contribuindo para redução de custos (ganho de escala);
- ✓ serviço alinhado com o projeto institucional da Sesab;
- ✓ valorização da qualidade e não, apenas, da quantidade;
- ✓ ganho de habilidade técnica;
- ✓ menor rotatividade de profissionais;
- ✓ menor custo de monitoramento;
- ✓ maior governabilidade e autonomia sobre os processos desenvolvidos, assegurando-lhes maior qualidade e consistência e adequação à realidade local.

11 - A média salarial de um engenheiro de segurança do trabalho no Brasil, em outubro de 2020, era de R\$ 7.542,17 (sete mil, quinhentos e quarenta e dois reais e dezesseis centavos) para uma jornada de 39 horas semanais de trabalho, de acordo com site especializado em vagas de emprego. Disponível em: <https://www.vagas.com.br/cargo/engenheiro-de-seguranca-do-trabalho>

- **Fortalecimento dos Siasst Locais**

Tendo em vista que linha de ação central do Paist é a vigilância de ambientes, processos e atividades de trabalho, para avançarmos no mapeamento dos fatores de risco e intervenções para melhorias, prevenção, notificação e investigação dos acidentes de trabalho, urge prover esses serviços com número adequados de trabalhadores e seguir investindo em processos de qualificação técnica e relacional destes atores.

Ademais, destinar atenção especial a implantação de Siasst em sete dos nove Núcleos Regionais de Saúde restantes, investindo na estruturação de fluxos de atenção e suporte aos trabalhadores lotados no núcleo e Bases Operacionais de Saúde respectivas, propiciando-lhes o acesso aos programas de segurança e monitoramento da situação de saúde.

Para levantamento de trabalhadores, um caminho possível, mais imediato e já utilizado no passado, é a pesquisa de profissionais com perfil e interesse em atuar nestes serviços e articulação política para que sejam direcionados à abertura ou fortalecimento de serviços. Paralelamente, a elaboração de dimensionamento da força de trabalho da rede Paist, e planejamento do provimento futuro, com realização de estudo de impacto financeiro e formas possíveis de contratação, preferencialmente, via concurso público com vagas específicas.

Outra ação necessária é a identificação de todos os médicos do trabalho, assim admitidos na Sesab, e o redirecionamento destes, mediante diálogo, mobilização do desejo, processos de qualificação e alinhamento conceitual, para composição dos Siasst, ajustando-se o seu fazer ao cargo assumido e favorecendo a realização do PCMSO e outras ações correlatas nas próprias unidades, se for este o desenho eleito pela gestão. Igualmente importante e essencial, é a constituição de referência da categoria médica no Siasst Matricial, com boa capacidade de diálogo (possivelmente o coordenador do PCMSO) para, juntamente com a CSSTS, alinhar e integrar condutas destes profissionais no âmbito dos Siasst, na perspectiva da clínica ampliada, do trabalho em equipe e da transdisciplinaridade.

- **Pleno funcionamento das Comissões Locais de Saúde do Trabalhador**

Um pilar estratégico e fundamental para assegurar a implementação dos referidos programas de saúde e segurança de forma democrática e participativa, evitando que esses documentos sejam meramente cartoriais, é a efetivação da estratégia de controle social do Paist por meio das Comissões Locais de Saúde do Trabalhador.

Para tanto, a partir da experiência das CLST anteriores, propôs-se uma revisão do modo de operar essa estratégia na Secretaria, que consta

na segunda versão do Manual do Programa. Basicamente as alterações foram no sentido de ampliar a carga horária disponível para atuação dos integrantes, que passou de seis para 12 horas mensais, liberadas em escala, e a proposição de um fluxo de trabalho para essas comissões que envolve os seguintes passos: planejamento participativo, elaboração ou revisão de mapa de risco no primeiro trimestre de atividade, mapeamento de riscos de situações ou setores prioritários com emissão de relatório e reuniões bimensais (ou quando necessário) de reuniões de negociação e pactuação de melhorias com a gestão local.

Nesse sentido, é muito importante trabalhar a compreensão dos gestores locais quanto a importância da pauta e suas responsabilidades frente ao envolvimento dos trabalhadores nas decisões que envolvam a melhoria das condições e relações de trabalho.

- ***Sistema de informação***

A execução do PGR, PPRA e PCMSO de modo continuado e demais ações de vigilância, promoção da saúde e assistência ao trabalhador produzirá um rico conjunto de dados sobre a matéria, que tornar-se-ão inúteis, se esquecidos em arquivos aos quais se recorre, apenas, para consultas isoladas ou atendimento de demandas fiscalizatórias. Em contrapartida, se sistematizados fornecerão inéditas e valiosas informações sobre o perfil de saúde e adoecimento da força de trabalho em saúde e das condições laborais às quais estão submetidas, favorecendo o diagnóstico de necessidades, a adoção de medidas mais assertivas e consequente melhoria de resultados na gestão e humanização do trabalho na Sesab.

Em vista disso, em 2017, a Dgtes começou a desenvolver o Sistema Integrado de Gestão do Trabalho na Saúde (SIGTS), que será composto dos módulos de avaliação de desempenho, dimensionamento da força de trabalho e saúde e segurança do trabalhador. Contudo, a produção é feita pela Companhia de Processamento de Dados do Estado da Bahia (Prodeb), empresa que presta serviço contínuo de tecnologia da informação para a Sesab, e, por isso, sofre constantes interrupções em função da necessidade de atender outras demandas prioritárias da Secretaria. De forma que não há previsão de quando se iniciará a produção do módulo do Paist no SIGTS.

A despeito disto, consta no PES (2020-2023) o compromisso de “Implantar sala de situação de segurança e da saúde do Trabalhador da Sesab”, ação que está condicionada a existência e alimentação do referido sistema. Até então, os Siast locais e o Matricial sistematizam suas informações em planilhas eletrônicas não padronizadas e em prontuários físicos, fatos que dificultam a obtenção de um panorama geral e dos indicadores monitorados e a realização de análises comparativas.

Enseja-se que o entendimento da urgência da implantação dessa ferramenta associado a existência de uma ação orçamentária para o Programa, possibilite a contratação de consultoria específica para o desenvolvimento deste módulo no SIGTS com a devida celeridade.

- ***Financiamento próprio, suficiente e regular***

Abrigado no campo da gestão e humanização do trabalho, mediante compromisso com a defesa dos direitos e valorização do trabalhador, o Paist nasceu desprovido de privilégios “do berço institucional”, isto é, sem aporte de recursos financeiros específicos para o seu desenvolvimento, “como um menino raquítico na rede do Ceará!” – como definiu, algum dia, um gestor.

Perto de completar uma década de existência, o Paist chega à “juventude institucional” ainda orçamento próprio. Muitos dos resultados que apresenta, até o momento, são fruto da micropolítica do trabalho em saúde, isto é, do protagonismo dos trabalhadores, das muitas “Marias, Marias” que têm compromisso com a proposta e mobilizam suas capacidades individuais em favor do coletivo de trabalhadores, desenvolvendo, inclusive, muitas ações com recursos pessoais; ou mediante desgastantes negociações de recursos pontuais.

Entretanto, para fins de sobrevivência e efetividade da pauta, faz-se mister garantir uma fonte orçamentária robusta e específica que viabilize a plena implementação das ações previstas no Manual de Implantação e Funcionamento do Paist, especialmente a implementação dos programas de saúde e segurança normativos previstos no PES 2020-2023.

OLHANDO PARA O HORIZONTE: EXPECTATIVAS E PERSPECTIVAS

Tendo em vista que as relações saúde-trabalho carecem de um método que possibilite o desenvolvimento de ações estruturadas para promoção da saúde dos trabalhadores (VASCONCELLOS, 2011), buscamos neste texto, tornar conhecida parte da história de lutas, em curso, das “Marias, Marias” que atuam na rede Paist para efetivação do direito à saúde dos trabalhadores da Sesab, particularmente pela viabilização permanente de programas de segurança e monitoramento da situação de saúde por meio de exames e consultas periódicos.

Reiteramos, portanto, que os primeiros passos dados nesse sentido carecem de ações estruturantes que promovam viabilidade política, técnico-operacional e financeira para implementação sistemática dos programas normativos na rede própria estadual. Estes desafios coincidem com os apresentados por Teixeira (2001); Vilasbôas (2004):

- a) Estar entre as prioridades no planejamento estadual de saúde (viabilidade política);
- b) investimento em equipe técnica adequada e recursos administrativos para execução eficiente e efetiva das ações (viabilidade técnico-operacional);
- c) disponibilidade de recursos financeiros em ação orçamentária compatível com o escopo das ações planejadas, incluindo não apenas o dinheiro propriamente dito, mas o que pode ser obtido a partir dele, isto é, os recursos físicos, materiais e força-de-trabalho (viabilidade financeira).

Ademais, reafirma-se a necessidade de se reconhecer amplamente, no âmbito do serviço público de saúde estadual, a promoção da saúde e segurança dos trabalhadores públicos como direito assegurado constitucionalmente. Para tanto, é necessário considerar obrigatório e viabilizar os meios para o cumprimento das normas regulamentadoras de proteção à saúde do Ministério do Trabalho, bem como, todas as demais disposições do Programa de Atenção Integral à Saúde da Trabalhadora e do Trabalhador da Sesab, e dos seus instrumentos legais de suporte, a saber: as Políticas Nacional e Estadual de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (BRASIL, 2003; BAHIA, 2012) e as diretrizes para a Política Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador do SUS (BRASIL, 2011).

Entretanto, ao mesmo tempo em que é necessário avançar incorporando normas de saúde e segurança que antes não se aplicavam ao serviço público, é importante pensar, como propõe Santos-Filho em sua reflexão sobre os marcos teórico-políticos da saúde do trabalhador na perspectiva da humanização na saúde, “para além de uma perspectiva normativa, e cuidar para que a estruturação de tais ações/serviços escape de desenhos rígidos e frágeis quanto ao processo de pactuação” (SANTOS-FILHO, 2007:87).

Assim, considere-se o ponto ao final deste capítulo, um ponto de seguimento. Pois, decerto, as “Marias, Marias” seguem construindo essa história, entre “misturas de dores e alegrias”, retroalimentando as “forças, raça e gana” na luta por mais investimentos na melhoria das condições, organização e relações no trabalho, bem como pelo estímulo à mobilização e participação dos trabalhadores em relação à promoção e proteção da saúde.

REFERÊNCIAS

BAHIA. Secretaria da Saúde. Superintendência de Recursos Humanos da Saúde. Manual de Implantação e Funcionamento do Programa de Atenção Integral à Saúde da Trabalhadora e do Trabalhador da Sesab. Salvador: Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, 2014; 2021.

BAHIA. Secretaria Estadual de Saúde. Superintendência de Recursos Humanos. Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Política Estadual de Humanização da Atenção e Gestão no SUS-BA. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/wpcontent/uploads/2018/04/PoliticaHumanizacao-SUSBahia.pdf>

BAHIA. Governo do Estado da Bahia. Secretaria Estadual da Saúde. Plano Estadual de Saúde. Sesab: Salvador, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: ambiência / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS (NOB/RH SUS). Brasília: 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS. Protocolo Nº 008 /2011 da Mesa Nacional de Negociação Permanente do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

CRUZ, Ana Flávia Barros *et al.* Programa de Atenção Integral à Saúde da Trabalhadora e do Trabalhador da Sesab: da concepção ao voo. In SOLLÁ, Jorge José Santos Pereira (Org). Estratégias da Política de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde: experiências da Bahia. Salvador: EDUFBA, 2014.

DRUCK, Graça; BORGES, Angela. Terceirização: balanço de uma década. Caderno CRH, v. 15, n. 37, 2002.

MAAS, Larissa; GRILLO, Luciane Peter; SANDRI, Juliana Vieira de Araújo. A saúde e a segurança do trabalhador sob competência de normas regulamentadoras frágeis. Revista Brasileira de Tecnologias Sociais, v. 5, n. 1, p. 22-32, 2018.

SANTOS, Tatiane Araújo dos. Precarização do trabalho em enfermagem em hospitais públicos da Bahia: 2015-2017. 200 f., 2018. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2018.

SANTOS-FILHO, S. B. Um olhar sobre o trabalho em saúde nos marcos teórico-políticos da saúde do trabalhador e do HumanizaSUS: o contexto do trabalho no cotidiano dos serviços de saúde. In: SANTOS-FILHO, S. B.;

BARROS, M. E. B. (Organizadores) Trabalhador da saúde: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. - Ijuí: Ed. Unijuí, 2007. - 272 p. – (Coleção saúde coletiva).

SILVA IV. Violência no trabalho em saúde; a invisibilidade do sofrimento nas organizações de saúde na Bahia. 171f., 2013. Tese (Doutorado) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2013.

TEIXEIRA, C.F. Planejamento Municipal em Saúde. Salvador – BA: ISC-UFBA, 2001.

UFBA. Universidade Federal da Bahia. Instituto de Saúde Coletiva. Perfil de Morbidade dos Trabalhadores da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Relatório de pesquisa encaminhado à Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado da Bahia, 2012.

UFBA. Universidade Federal da Bahia. Instituto de Saúde Coletiva. Perfil de Morbidade dos Trabalhadores da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Relatório de pesquisa encaminhado à Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado da Bahia, 2012.

VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de. A imperfeição da regra trabalhista referente à saúde: da Revolução Industrial à Consolidação das Leis do Trabalho. In VASCONCELLOS, Luis Carlos Fadel de; OLIVEIRA, Maria Helena Barros de. (Orgs.) Saúde, Trabalho e Direito: uma trajetória crítica e a crítica de uma trajetória. Rio de Janeiro: Educam, 2011.

VILAS BÔAS, A.L.Q. Planejamento e Programação das Ações de Vigilância em Saúde no nível local do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004.

CAPÍTULO 10

Bruno Guimarães de Almeida

Erica Cristina Silva Bowes

Monique Azevedo Esperidião

Sílvia Conceição Bomfim Bittencourt Leão

Reencantamento do Concreto: A Humanização como política para qualificação da atenção e da gestão no SUS-BA

Muitas vezes basta ser: colo que acolhe, braço que envolve, palavra que conforta, silêncio que respeita, alegria que contagia, lágrima que corre, olhar que acaricia, desejo que sacia, amor que promove. E isso não é coisa de outro mundo, é o que dá sentido à vida.

Cora Coralina

REENCANTAMENTO DO CONCRETO: A HUMANIZAÇÃO COMO POLÍTICA PARA QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO E DA GESTÃO DO SUS-BAHIA

INTRODUÇÃO

A aprovação da Lei Orgânica da Saúde (Los) assegurou o acesso à saúde como direito fundamental para todo o cidadão brasileiro. Desdobrou-se a médio e longo prazo em avanços relevantes no desenvolvimento da política de saúde, tais como: a ampliação de cobertura da rede de atenção básica; garantia formal do financiamento para as políticas, programas, projetos e ações, ainda que se reconheça a necessidade de ampliação; criação de instâncias de negociação e participação dos atores sociais.

Em contrapartida, existem alguns desafios a serem superados como a predominância da racionalidade biomédica e do modelo de atenção à saúde hospitalocêntrico, o excesso de tecnologia e a supervalorização da especialização, a escassez de recursos financeiros, as decisões gerenciais verticalizadas, a visão não integral do usuário e a fragmentação do processo de trabalho na saúde (PAIM, 2003). Em síntese, esses avanços e desafios reforçam a dificuldade em efetivar um modelo de atenção à saúde, que implique mudanças nas práticas gestoras e assistenciais que contemplem os princípios e diretrizes do SUS e, por sua vez, efetive no cotidiano das práticas o direito à saúde, pautado em valores como a dignidade, a liberdade, a solidariedade e a igualdade.

Ao analisar esse contexto Feuerwerker (2005, p. 491), destacou que o direito à saúde foi traduzido como direito a consumir serviços médicos, procedimentos e medicamentos, no sentido de uma supervalorização da especialização, uso excessivo de procedimentos e da incorporação da tecnologia fragmentando o cuidado. Essa conjuntura no cotidiano dos serviços e unidades de saúde gerou nas práticas de saúde um processo denominado de “desumanização” da saúde.

Para tanto, considera-se que as práticas “desumanas na saúde” subtraem dos cidadãos seus direitos humanos e fundamentais, assegurados com a Constituição Federal (CF) de 1988, e os submetem às práticas mecanicistas, rotineiras que os homogêizam e os rotulam como meros usuários do sistema, sem preocupações com a dimensão humana. Essa prática acaba por desconsiderar a heterogeneidade, a diversidade e a subjetividade inerente a todo ser humano, impossibilitando percebê-lo como homem, digno de um tratamento solidário, amoroso e respeitoso.

Diante das circunstâncias supracitadas, uma série de iniciativas foi desenvolvida para assegurar a efetivação dos direitos humanos emancipatórios, tendo em vista que estes se concretizam no cotidiano das práticas de saúde. Estas almejam no seu bojo colocar em análise o cuidado

realizado; qualificar o acesso, o acolhimento com resolutividade; fortalecer a participação popular e o controle social; discutir a gestão do trabalho e a educação na saúde, dentre outros. Por fim, culminaram na aprovação da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (PNH), a qual se constitui com base em um conjunto de princípios e diretrizes¹ que se operam por meio de dispositivos² voltados para a reestruturação das práticas de atenção e de gestão do cuidado.

A PNH (2003) questiona a realidade burocratizada, como baixa resolutividade e pouco investimento nas intersubjetividades da produção em saúde, visando substituir as ações orientadas por uma noção idealizada de homem, para as comprometidas com a experiência singular de qualquer homem: um homem em processo contínuo de humanização (BENEVIDES; PASSOS, 2005, p. 569). Logo, inaugura um movimento contra hegemônico, com vistas a fortalecer o movimento da Reforma Sanitária Brasileira, refletir a concepção de humanidade nos cuidados na saúde, assim como, reafirmar os princípios e diretrizes do SUS.

Deste modo, propõe ações de saúde que extrapola o binômio queixa-conduta, aponta para a multiplicidade de determinantes da saúde e para a complexa relação entre sujeitos do cuidado: gestores, trabalhadores e usuários. Pressupõe considerar a existência concreta dos sujeitos, sua diversidade, o reposicionamento dos envolvidos nas práticas assistenciais e gestoras da saúde. Conforme Benevides e Passos, a humanização é compreendida (...) como uma estratégia de interferência nestas práticas levando em conta que sujeitos sociais, [...], quando mobilizados, são capazes de, coletivamente, transformar realidades transformando-se a si próprios neste mesmo processo (2005, p. 391).

Para Freire (2005) o processo de humanização só é possível quando o homem colabora com todos na construção de um mundo melhor, afirmando que “os homens não se humanizam, senão humanizando o mundo”, desta forma o autor destaca a relevância do reconhecimento do outro e do reencontrar-se como sujeito histórico.

Pressupõe uma articulação entre objetividade, tão defendida na saúde, com a subjetividade tão ausente. Este é, pois, um dos grandes desafios apresentados para a humanização da saúde: a capacidade de promover o

1 - São considerados princípios da PNH: transversalidade, autonomia e protagonismo dos sujeitos e indissociabilidade entre atenção e a gestão e diretrizes: Gestão Democrática e Participativa; Acolhimento; Ambiência; Direitos e Deveres dos Usuários; Clínica Ampliada; Valorização do trabalho e do trabalhador.

2 - São considerados dispositivos da PNH: Acolhimento com avaliação e classificação de risco; Projeto Terapêutico Singular; Colegiado Gestor; Conselho Gestor; Grupo de Trabalho de Humanização (GTH); Ouvidoria; Educação Permanente; Saúde do Trabalhador; Visita Aberta; Direito ao Acompanhante; Projeto coletivo para adequação de ambiência; Mecanismos de desospitalização com cuidado domiciliar; Monitoramento e Avaliação e outros

reencontro dos sujeitos da saúde com suas subjetividades, ao ponto que estas possam transformar a realidade e transformar-se, construindo assim, práticas cuidadosas, solidárias e amorosas. O alcance destas alterações perpassa pela mobilização dos diversos sujeitos envolvido nestas práticas.

Para isso, é necessária uma reforma no pensamento dos envolvidos nas práticas de saúde, pois, o que se identifica nestes é a “incapacidade da mente tecnoburocrática tanto de perceber, quanto de conceber o global e o fundamental, a complexidade dos problemas humanos” (MORIN, 2011, p. 51). Nas sociedades contemporâneas as soluções encontradas para os problemas multidimensionais tendem a ser superficiais e reducionistas, pois, centram-se nos problemas mais graves ou mais emergentes, rompendo com o todo e o complexo. Por isso, é necessário religar o que historicamente foi fragmentado, respeitando as diferenças, discriminando as interdependências e compreendendo as multidimensionalidades (MORIN, 2011).

A proposta é que a compreensão dessa complexidade, reconecte os sujeitos com as singularidades existentes e possibilite a revisão dos processos e relações de trabalho desenvolvidos no cotidiano do SUS, rompendo com a lógica predominante de tecnificação e refletindo, por fim, na transformação do modelo vigente de atenção à saúde. Com estas percepções e intencionalidades motivaram a elaboração da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (PNH) como uma alternativa contra hegemônica de fortalecimento e sustentabilidade para o SUS.

Essa reconexão pode contribuir para a produção de práticas de saúde pautadas na integralidade e na intersubjetividade de cada sujeito protagonista do processo de saúde, sobretudo na afirmação dos direitos humanos numa perspectiva progressista e emancipatória e, especialmente, no fortalecimento do movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB).

Diante do exposto este capítulo pretende descrever a contribuição da humanização enquanto política para qualificação da atenção e da gestão da rede SUS-BA.

REENCANTAMENTO DO CONCRETO: APOSTA DA PNH

Humanizar a saúde assume o significado de restabelecer a dimensão simbólica do cuidado em saúde, afastando-se de uma perspectiva de atenção marcada por múltiplas dimensões de violência. A violência simbólica nos serviços de saúde opera como equivalente da força seja física ou econômica, e se expressa na imposição do que é considerado legítimo, sobretudo pelo saber técnico, desconsiderando demais elementos de natureza relacional, de forma desconsiderar a perspectiva do usuário, destituindo-o de desejos, vontades ou opiniões. O “outro” do cuidado, isto é, o usuário, é tomado como coisa, reificado e despossuído de um conjunto de crenças, valores e comportamentos acerca de seu processo de adoecimento e modos de enfrentamento.

Neste sentido, a humanização da saúde, afeita ao processo civilizatório, trata de restabelecer a autonomia e a corresponsabilidade dos sujeitos que participam do processo de cuidado em saúde. Trabalhadores e usuários devem ser acolhidos, respeitados e valorizados como atores sociais e sujeitos de seus projetos de vida, incluindo as formas de adoecer e sofrer. Questão delicada, e geralmente escamoteada, o enfrentamento de relações de poder e suas assimetrias no espaço dos serviços de saúde, assim como o resgate a dimensão afetiva do cuidado, devem ser recuperados na direção da produção de laços sociais mais inclusivos no campo da saúde.

Indagações sobre a realidade supracitada originou o debate sobre a humanização na saúde. De acordo com a revisão bibliográfica realizada por Casate e Correa (2005) inúmeros artigos foram elaborados no final da década de 50, principalmente pela área de enfermagem. Tanto na produção do conhecimento, como no cotidiano dos serviços os principais sentidos atribuídos ao termo vão desde a concepção caritativa, messiânica, de doação ao próximo, até a discussão recente, a partir da década de 90 do século XX, envolvendo a concepção de direitos do cidadão para acessar serviços de saúde com qualidade, inserindo-se no contexto de um projeto político para a saúde pública (DESLANDES, 2005).

De acordo com a autora, estes artigos têm em comum a discussão sobre as práticas e modelos de atendimento que poderiam ser definidas como “desumanizantes”, sendo os mais discutidos: as condições precárias de trabalho que levam a falhas, estresse e defesas psíquicas dos profissionais; as longas esperas, dificuldade de acesso e má acolhida aos pacientes; a vertente positivista da racionalidade biomédica que ignora as necessidades subjetivas, culturais e pessoais dos pacientes, conduzindo a um atendimento impessoal, focado na patologia, gerando uma violência simbólica; ao uso da tecnologia como substitutivo da relação trabalhador-usuário, sendo desvalorizadas a comunicação e empatia entre ambos (DESLANDES, 2005).

No Brasil, essas discussões serão retomadas de forma mais intensa no final da década de 80 do século passado, a partir do movimento de redemocratização política, no espírito da RSB e, especialmente pelo movimento de mulheres, em torno de pautas de direitos sexuais e reprodutivos e das críticas ao modelo médico hegemônico-hospitalocêntrico.

Em 2000, essa discussão se fortalece e vira tema da XI Conferência Nacional de Saúde (2000) intitulada “Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social”, que ressalta no seu relatório, no eixo “Modelo assistencial e de gestão para garantir acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde, com controle social”, a necessidade de ampliação do acolhimento e da resolubilidade, além da capacidade de atender os problemas de saúde individuais e coletivos, tendo em vista a integralidade das questões apresentadas (BRASIL, 2000).

Para alcançar estas pretensões um conjunto de iniciativas foi elaborado como o Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar (PNHAH), em 2000, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, em 2000, o Método Canguru, em 2000, e o Programa de Acreditação Hospitalar, em 2001.

Ao analisar estas iniciativas, Benevides e Passos (2005) destacaram que as práticas desenvolvidas não indagavam os modelos de atenção e de gestões instituídos historicamente, logo não geravam mudanças concretas nos processos de trabalho, reduzindo-se por vezes as práticas de cunho religioso, assistencialista, desfocando das verdadeiras intencionalidades dos programas supracitados.

Como consequência deste modo de fazer, o conceito de humanização - embora esteja presente em várias práticas da atenção segmentou-se por áreas e por níveis de atenção, identificadas como vinculadas ao exercício de algumas profissões e a características de gênero, e, por fim, orientadas por exigência do mercado que buscam o foco no “cliente” e a garantia da qualidade total dos serviços. O desafio é vincular o conceito de humanização com uma amplitude, que busca promover a alteração nos modos de fazer, de trabalhar e de produzir no campo da saúde.

Almejando a revisão dos modelos instituídos e a reafirmação dos princípios do SUS, o Ministério da Saúde (MS) aprovou em 2003, a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (PNH), que tem por objetivo inovar nas práticas gerenciais e nas práticas de produção da saúde, propondo para os diferentes coletivos o desafio de superar limites e experimentar novas formas de organização dos serviços e novos modos de produção e circulação de saber e de poder (HECKERT, 2009).

A PNH (BRASIL, 2003) reúne um conjunto de iniciativas para pôr em prática os princípios do SUS e qualificar o cuidado em saúde, operando transformações significativas nos modos de conceber, gerir e cuidar da saúde das pessoas e comunidades.

Essa política possui como princípios a transversalidade; indissociabilidade; entre a atenção e gestão; protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e de seus coletivos (BRASIL, 2004). O conjunto de dispositivos acionado pela prática da humanização orientam-se por diretrizes éticas, clínicas e políticas que direcionam as ações (PASCHE, 2009) e valorizam a troca de conhecimento entre os diversos atores envolvidos no processo, sendo denominado por Moreira e colaboradores (2015) como método da tríplice inclusão.

A PNH apresenta suas diretrizes, sendo elas: a clínica ampliada; co-gestão; acolhimento; valorização do trabalho e do trabalhador; defesa dos direitos do usuário; fomento das grupalidades, coletivos e redes; construção da memória do SUS que dá certo (BRASIL, 2004).

A concepção teórica-metodológica dessa política busca restaurar no desenvolvimento de uma racionalidade aberta e dialógica. Nesse sentido, o conceito aparece como ferramenta que deve contribuir para pensar e produzir novos conceitos de acordo com a realidade concreta onde se efetiva. A partir dessas considerações, apresentam como entendimento de humanização para a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (BRASIL, 2004) que,

A Humanização como: valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores; fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos; aumento do grau de corresponsabilidade na produção de saúde e de sujeitos; estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão; identificação das necessidades de saúde; mudança nos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde; compromisso com a ambiência, melhoria das condições de trabalho e de atendimento. (BRASIL, 2004)

A PNH, nesse sentido, é pensada para colocar em prática os princípios estruturantes do SUS e, conseqüentemente, consolidar a política pública de saúde brasileira. Em contrapartida, é desenvolvida em uma sociedade capitalista no qual o projeto de sociedade, predominante reforça as intencionalidades do grande capital, ou seja, as políticas públicas passam a ter uma característica compensatória e não de transformação social.

Para Campos (2000) o papel da PNH é afirmar a saúde como valor de uso e não como de troca, porquanto um projeto que defende os valores esvaziados na prática da saúde pelo excesso da tecnologia, tais como a solidariedade, igualdade, dignidade e liberdade. A política busca alterar o padrão de atenção no sentido de dar ênfase no vínculo com os usuários, garantindo seus direitos (BENEVIDES E PASSOS, 2005, p.391) e não é por acaso, que a maior expectativa despertada por essa política é a mudança do modelo biomédico, hospitalocêntrico, para um centrado nas demandas e necessidades dos usuários.

Assim, de acordo Varela (2003) o reencantamento do concreto tem um significado, de afirmar a humanização como aposta nos modos de fazer gestão e atenção enquanto movimento que intervém e produz realidade, mobilizando a manter vivos os movimentos a partir dos quais o SUS se consolida. O SUS enquanto política pública, enquanto estratégia para a democracia institucional e na sociedade, comprometido com a dupla tarefa de produção de saúde e produção de sujeitos.

EXPERIÊNCIA DA HUMANIZAÇÃO NA BAHIA

Na perspectiva estimulada pelo Ministério da Saúde, o Estado da Bahia implantou o Programa QualiSUS (2000), do PNHAH e do PHPN, processo que incentivou a implementação da Ouvidoria do SUS (2004), e fomentou a criação do Grupo de Trabalho de Humanização GTH (2000). Estas iniciativas contribuíram para a realização de discussões sobre a temática, nas relações com os usuários em diversas unidades. Entretanto, foram pontuais visto que, não colocavam em análise os processos de trabalho e de gestão existente nos serviços de saúde.

A partir da aprovação da PNH, o Estado desenvolveu ações que pretendiam estimular o processo de implantação de diretrizes e dispositivos desta política na rede SUS-Bahia³, articulado pelo Comitê Estadual de Humanização. Dessa forma, foi consensualizado a implantação do colegiado gestor e do GTH nas unidades assistenciais e gestoras do SUS BA.

Estas ações, a partir do ano de 2007, foram desenvolvidas pela Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (Dgtes) pertencente à Superintendência de Recursos Humanos (Superh), por meio da Coordenação de Humanização do Trabalho na Saúde (CHTS), as quais possibilitaram a ampliação do diálogo entre trabalhadores, gestores e usuários, bem como, a identificação das especificidades de cada região de saúde do Estado, fato que culminou com a formação dos três espaços colegiados de gestão: Fórum de Apoiadores da Gestão e Humanização do Trabalho na Saúde (FAGHTS); Comitê Técnico de Humanização (CTH) e Núcleo Técnico de Humanização (NTH), os quais demandaram a elaboração de uma Política Estadual de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS - Bahia (PEH-Ba), como documento orientador das práticas de humanização, de forma coletiva e inovadora, a fim de assegurar e discutir as especificidades do Estado.

A elaboração do documento perpassou pela reativação do CTH, no ano de 2013, com o objetivo de fomentar e elaborar o Documento Orientador da PEH-Ba, tendo uma composição paritária de gestores, trabalhadores, usuários e representantes dos movimentos sociais na área da saúde no Estado.

Agregou-se a esse grupo de trabalho, os representantes do NTH e do FAGHTS, com o objetivo de assegurar a participação dos trabalhadores das unidades de saúde e dos gestores da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (Sesab), caracterizando-se como um grupo com representações diversas e específicas. Foram realizadas 06 (seis) oficinas, que embora separadas, eram interligadas e complementares. Possuíram uma média de 30 participantes,

3 - A rede SUS-Bahia é composta de unidades de saúde da rede própria sob gestão direta da Sesab; rede própria sob gestão indireta administrada por Organizações Sociais (OS), Instituições Filantrópicas, Parceria Público Privada (PPP) e outros modos de contratação; a rede complementar contratualizada e a rede assistencial prestada pelos municípios do Estado.

caracterizados como trabalhadores, gestores, usuários e movimentos sociais.

No período de três meses, a PEH-Ba e o quadro de indicadores ficaram disponíveis no site da Sesab para consulta pública. A fim de ampliar a visibilidade e participação foram realizadas várias estratégias de divulgação, tais como, nos coletivos do HumanizaSUS, redes sociais, e-mails institucionais, e-mails nos grupos de discussão de saúde e outros, além do apoio da FESFSUS-Bahia e no incentivo a participação dos seus trabalhadores.

Após esse processo de construção coletiva, em outubro de 2016 foi apresentado a versão da Política Estadual de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS-Ba para avaliação do Conselho Estadual de Saúde (Ces) sendo aprovada em resolução Ces nº 10/2016 e publicada por portaria nº 168 em 24 de fevereiro de 2017, constituindo assim um importante documento que aponta caminhos de fortalecimento das estratégias regionais da humanização no Estado da Bahia.

A PEH-Ba foi resultado de uma construção coletiva que definiu como imagem-objetivo orientar as práticas de atenção e gestão na saúde pautada nos princípios e diretrizes da humanização para o SUS-Bahia. Tendo como objetivos específicos: fomentar práticas democráticas e participativas nos modos de cuidar e gerir da saúde; promover a discussão e revisão dos processos de trabalho e fluxos organizacionais; fortalecer a organização e a articulação das Redes de Atenção à Saúde (Ras); valorizar os diferentes sujeitos envolvidos no processo de atenção e gestão na saúde; promover a gestão do conhecimento nas Ras; contribuir com a formação profissional em saúde, incentivando ações de humanização, com ênfase na integração ensino-serviço-comunidade.

A partir da política estadual se constituiu o movimento também coletivo de elaboração do I Plano Estadual de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS-Ba, conforme disposto na Portaria de 1440 de 19/09/2013, que tem como proposta efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas da atenção e gestão, qualificando a saúde pública na Bahia e incentivando trocas dialogadas entre gestores, trabalhadores e usuários para a produção de saúde e a qualificação dos sujeitos na perspectiva da humanização.

Essa construção contou com a participação de Apoiadores de Humanização da rede SUS/BA, gestores, Cib, Cosems, IES e usuários da CTH, além de videoconferência com participação dos municípios para qualificação das propostas. Compreendeu também a etapa de sistematização do Plano em Câmara Técnica para submissão em Consulta Pública.

No entanto, é importante reconhecer o lastro de investimento realizado pela CHTS/Dgtes que permitiu a construção desses dois documentos normativos no Estado da Bahia. Com a assunção do governo progressista no estado em 2007, a Secretária de Saúde do Estado da Bahia (Sesab) investiu

em políticas que avançassem na consolidação do SUS, com destaque no campo da gestão do trabalho e consolidação da educação na saúde no país, como também na PNH alinhado com o Ministério da Saúde (MS). O cenário político institucional era favorável, sobretudo pela autonomia dispensada pelo gestor da secretaria da saúde possibilitando a construção de estratégias de maneira criativa e inventiva.

Assim, ainda em 2007 foi realizado o I seminário Estadual de Humanização a fim de alinhar o conceito político-metodológico da humanização no estado. No ano seguinte, investiu-se na aproximação territorial, repercutindo na realização de 9 seminários macrorregionais de humanização, estabelecendo o mapeamento de sujeitos para constituição das(os) apoiadoras(es) institucionais de humanização para rede.

Em decorrência da identificação desses atores sociais, em 2008, realizou-se o primeiro curso de formação de apoiadores de humanização executado pelo MS, culminando na institucionalização do FAGHTS, que continua em funcionamento até os dias atuais, com frequência de reuniões mensais, aquecendo a humanização na produção de saúde na rede SUS-Ba. Atualmente esse coletivo é composto por 313 membros, funciona de maneira ininterrupta, sendo o coletivo mais ativo e robusto da Humanização na Bahia, formando uma rede de apoiadoras(es) institucionais de Humanização dos serviços da gestão direta, indireta e dos municípios.

O apoio institucional enquanto método de transformação e mudança das práticas institucionais utilizados pela coordenação de humanização nas unidades de saúde promove análise dos modelos de atenção e gestão aumentando a capacidade de intervenção dos grupos de trabalho de humanização (GTH). Nesse mesmo sentido, a utilização do método das rodas de conversa promove a discussão horizontal dos processos e relações de trabalho, reconhecendo os gestores, trabalhadores e usuários como agentes ativos das mudanças nas unidades de saúde, repercutindo na capilarização dos dispositivos da Humanização na rede SUS-Bahia.

Ainda no investimento de interiorização da PNH e formação dos sujeitos, em 2009, realizou-se o primeiro Encontro Estadual de Humanização e Mostra Interativa de Humanização – SUS que dá certo no intuito de capilarizar os princípios, diretrizes e dispositivos da humanização, como também compartilhar experiências no território baiano.

Ao longo desses 15 anos, realizou-se 6 encontros estadual de humanização mobilizando os 417 municípios para produzir reflexões, caminhos e avanços para o fortalecimento da humanização no estado. Vale ressaltar, em 2017, a realização do seminário comemorativo dos 10 anos do FAGTHS, constituindo a memória da humanização no Estado e o reconhecimento dos protagonistas que materializam a humanização cotidianamente nos espaços micropolíticos.

Diversificando as estratégias de formação das(os) apoiadoras(es), desenvolveu-se cursos e oficinas de formação/intervenção a partir das necessidades apresentada pelos coletivos de humanização, a fim de promover aprendizagem técnica, ético, política e estética, considerando que estas(es) são construtoras(es) de novas realidades em saúde e poderão se tornar multiplicadoras(es) da humanização em suas localidades/unidade de saúde. Nessa perspectiva, a CHTS segue promovendo processos de qualificação para essa rede de sujeitos realizando cursos de formação e atualização em parceria com a Escola de Saúde Pública da Bahia (Espba).

Foram ofertados 7 cursos de qualificação para rede, com destaque no curso de Formação de Multiplicadores em Transgeneridade no SUS em 2018, com carga horária de 80 horas, sendo o primeiro curso nessa temática no campo da saúde no território nacional. Salienta-se que no ano de 2021, já foi executado o curso de Qualificação para Apoiadoras(es) da Humanização do SUS Bahia e com previsão de oferta do Curso de Promoção à Cultura de Paz no Trabalho.

Destaca-se a participação da coordenação de humanização no grupo de trabalho para elaboração do Programa de Atenção Integral da Trabalhadora e do Trabalhador da Saúde (Paist) contribuindo para o fortalecimento da diretriz de valorização do trabalho e do trabalhador preconizado na PNH. Dessa articulação, derivou a institucionalização da Mostra Integrada de Humanização e Saúde do Trabalhador do SUS-Ba que tem o objetivo de compartilhar e reconhecer experiências exitosas nesses campos, que já ocorreram 3 edições.

Outra ação relevante da CHTS é implantação/implementação do Programa PermanecerSUS, que se trata de uma vivência de estágio não obrigatório, integrando trabalho e educação como proposta de reorientação da formação dos estudantes de saúde na perspectiva da humanização, potencializando o acolhimento junto aos usuários e acompanhantes nos serviços de saúde. Esse programa foi premiado nos anos de 2013 e 2016 pela Coordenação Nacional de Humanização do Ministério da Saúde, no concurso nacional experiências do SUS que dá certo.

Vale ressaltar, que o estado da Bahia sempre estabeleceu parceria e articulação com o Ministério da Saúde a fim de fortalecer a humanização, desde a participação no programa QualiSUS, como também, em 2018 participou do AcolheSUS - Projeto de Qualificação das Práticas de Cuidado a partir das portas de entrada do SUS, que tinha como objetivo a implantação/implementação da diretriz acolhimento.

Em 2019, a CHTS realizou a cartografia da humanização no estado da Bahia com o intuito de avaliar o processo de implantação da Política nas diferentes regiões do Estado e nas unidades de saúde do Estado da Bahia.

Esta ação teve caráter eminentemente educativo e de estímulo aos gestores e profissionais de saúde para o desenvolvimento e sustentabilidade de programas e ações de humanização nos serviços de saúde, além de permitir o reconhecimento, incentivo e disseminação de práticas exitosas.

Parcerias intra-institucionais são estabelecidas cotidianamente ao longo desses anos. Como exemplo, em 2012, formou-se um Grupo de Trabalho composto pela CHTS/Dgtes, Diretoria de Gestão da Rede Própria Dgrp e a Diretoria de Atenção Especializada Dae, integrantes da Superintendência de Atenção Integral à Saúde (Sais), para o levantamento de diagnóstico situacional da rede de urgência. Essa articulação repercutiu no investimento na implantação das diretrizes e dispositivos de humanização nas unidades de saúde da rede própria, com o dispositivo de Acolhimento de Classificação de Risco (ACCR). Vale ressaltar, que essa ação foi realizada, em parceria com o apoio matricial da Ambiência/Humanização/Ministério da Saúde, oficinas sobre ambiência em unidades estratégicas da RAS, a fim de colocar em análise a organização e revisão dos processos de trabalho por meio da pauta da ambiência, em unidades estratégicas da RAS, a fim de colocar em análise a organização e revisão dos processos de trabalho por meio da pauta da ambiência. Outro exemplo de articulação com repercussão consistente nas unidades da saúde se refere à parceria com Coordenação Equidade no SUS integrante da Diretoria de Gestão do Cuidado (DGC), desde 2018 até os dias atuais, vem implantando o núcleo de assistência religiosa (NAR), a fim de respeitar as diversidades e singularidades do sujeito, como também a aplicação do nome social e qualificação dos trabalhadores da rede para garantia desses direitos.

Outro investimento, em 2020-2021, destinada à criação de uma rede de educação e trabalho em saúde cada vez mais fortalecida no campo da humanização, nasce o manual técnico do Selo de Humanização. A proposta do Selo de Humanização configura como mais um importante instrumento catalisador das iniciativas voltadas à qualificação da atenção e gestão em saúde. Seu objetivo está centrado em traduzir os princípios e diretrizes contidos nas Políticas Nacional e Estadual de Humanização em um conjunto palpável de ações, que são possíveis de serem implementadas nas unidades da rede SUS Bahia, com vistas a promover uma melhoria na atenção à saúde da população baiana.

Ademais, a coordenação de humanização participa como membro nas redes temáticas de saúde do estado, no grupo condutor de redes da Comissão Intergestores Bipartite (Cib) e demais comitês técnicos a fim de transversalizar a humanização no SUS.

O advento da pandemia trouxe grandes desafios para humanização, por ser uma política transversal e orgânica, essa crise sanitária sem precedentes, tornou-se a natureza ainda mais dramática, com risco de vida jamais vista, que inclusive transcende o risco pandêmico, sobretudo para

os trabalhadores de saúde que pela própria natureza do trabalho estão em maiores exposição ao risco de contaminação e adoecimento.

Diante desse contexto, a CHTS/Dgtes participou do grupo de trabalho para elaboração do Plano de Contingência Covid-19 para Trabalhadores e Trabalhadoras da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Sesab), Resolução Ces nº 13/2020 no DOE de 24 de setembro de 2020, elaborado pela Superh/Dgtes em articulação com Suvisa e Sais, norteado pelo modelo da Vigilância da Saúde, com de propor estratégias e ações para prevenção e proteção da saúde dos trabalhadores da Secretaria Estadual de Saúde (Sesab), contemplando serviços, medidas e fluxos de acolhimento e cuidado à saúde física e mental para o enfrentamento da Covid-19.

Nesse sentido, foi estimulado o papel da rede de humanização para implantação/implementação de estratégias e as ações de humanização desenvolvidas pelos Grupos de Trabalho de Humanização (GTH) visando à valorização e promoção do cuidado das(os) trabalhadoras(es) que estão na linha de frente em situação de exposição e incertezas diante desse cenário pandêmico. Acrescido de ações de acolhimento aos familiares e acompanhantes aos usuários internados com o diagnóstico de Covid-19 nas unidades de saúde. Essas experiências estão sistematizadas nas edições do Boletim Informativo Covid-19 - Trabalhadores da Saúde disponível na página eletrônica <http://www.saude.ba.gov.br/temasdesaude/coronavirus/profissionais-de-saude-covid19/>.

Essa descrição da trajetória de esforço estrutural e institucional da Sesab na constituição da humanização na saúde permeou estimular a ampliação da clínica, gestão democrática, processos de formação e construção de coletivos como elementos estruturantes para o avanço do SUS no território. Entretanto, vale considerar as dificuldades desse caminho, tais como: inexistência de previsão orçamentária, dificuldade de recursos humanos, transição de governos municipais e por vezes incompreensão da importância dessa política para qualificação do processo e relações de trabalho na saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS (PNH), desde a sua criação em 2003, tem contribuído para a efetivação dos princípios do SUS, e se apresenta como política transversal, capaz de interferir na qualificação dos modelos de atenção e de gestão, na melhoria do acesso, no acolhimento do usuário e trabalhadores e na qualidade dos serviços prestados no SUS.

As políticas de Humanização provocam uma nova forma de relacionamento entre gestores, trabalhadores e usuários, propondo que esta tríade repense os modelos de atenção e de gestão em saúde.

Os autores Benevides e Passos (2005) enriquecem esta discussão ao afirmarem que cuidar e gerir os processos de trabalho em saúde compõe, na verdade, uma só realidade, de tal maneira que não há como modificar os modos de atender aos usuários do serviço de saúde sem que se alterem também a organização dos processos e das relações de trabalho, os mecanismos de planejamento, de decisão, de avaliação e de participação. Para tanto são necessários arranjos e dispositivos que interfiram nas formas de relacionamento nos serviços e nas outras esferas do sistema, garantindo práticas de corresponsabilização, de cogestão e de grupalização.

No entanto, os desafios de superar as velhas práticas de saúde exigem apoio e investimento financeiro para avançar nas ações de humanização, como também institucionalizar a humanização como política de estado. A Dgtes tem investido nesse campo construindo viabilidades políticas e técnicas para consolidação da PNH e PEH-BA como políticas que fortalecem os princípios do SUS, os direitos dos usuários e a defesa da vida.

Nesse sentido, é preciso reconhecer a implicação dos sujeitos que constitui e se reconstitui a partir da experiência de implementar a humanização, mesmo em cenário espinhoso, porque isso faz parte do seu compromisso em construir um projeto societário mais justo, equânime, acolhedor e humano, sendo esse o esteio que contribuirá com o fortalecimento do SUS, como política pública, universal e integral.

REFERÊNCIAS

BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Superintendência de Recursos Humanos. Política Estadual de Gestão do Trabalho e da Educação Permanente em Saúde - Pegtes. Salvador: Sesab, 2012

BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Superintendência de Recursos Humanos. Política Estadual de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS Bahia PEH-Ba. Salvador: Sesab, 2017.

_____. 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 / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009.

_____. A educação permanente entra na roda: polos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer 2. ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2005.

_____. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BENEVIDES, R; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 10, n.3, p. 561 -571, 2005.

_____. Humanização na saúde: um novo modismo? Interface – Comunic., Saude, Educ., v.9, n.17, p.389-394, 2005.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Um método para análise e cogestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção do valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. 3ª edição, São Paulo: Hucitec, 2000, p. 21 38.

Casate JC & Corrêa AK 2005. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. Rev Lat-Am. Enfermagem 13(1):105-111.

CECCIM, Ricardo B.. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. Revista Interface- Comunicação, Saúde, Educação V.9, n. 16, p. 161-77, set.2004/ fev.2005;

DESLANDES, Suely F. O projeto ético-político da humanização: conceitos, métodos e identidades. Interface: comunicação, saúde e educação, v. 9, nº17. Mar/ago, 2005. p. 389-406.

_____. Uma ótica de Gestores sobre a humanização da Assistência NAS Maternidades Municipais do Rio de Janeiro. Ciênc.saúde coletiva[online].2005, vol.10, n.3, pp 615-626.ISSN 1413-8123.

FEUERWERKER, Laura. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. Interface. 2005, vol.9, n. 18, pp. 489 - 506.

FREIRE, Paulo. Pedagogia do Oprimido. 44ª edição. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 2005. 213 p.

HECKERT, Ana Lúcia Coelho; PASSOS, Eduardo e BARROS, Maria Elizabeth Barros de. Um seminário dispositivo: a humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) em debate. Interface (Botucatu). 2009, vol.13, suppl. 1, pp. 493-502.

MERHY, Emerson Elias. Saúde: A cartografia do Trabalho vivo. 3ª edição, São Paulo: Editora Hucitec, 2002.

MOREIRA, Márcia Adriana Dias Meirelles; LUSTOSA, Abdon Moreira; DUTRA, Fernando; BARROS, Eveline de Oliveira; BATISTA, Jaqueline Brito Vidal; DUARTE, Marcella Costa Souto. Políticas públicas de humanização: revisão integrativa da literatura. Ciência & Saúde Coletiva, v. 20, n. 10, p. 3231-3242, 2015.

MORIN, Edgar. Rumo ao Abismo? Ensaio sobre o destino da Humanidade. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2011.

PAIM. Política de Saúde no Brasil. In: Rouquayrol, MZ & Almeida Filho, N. Epidemiologia e Saúde. 6. Ed, Rio de Janeiro, 2003, p. 587 – 603.

_____, J.S. O que é o SUS?. Rio de Janeiro: editora fiocruz, 2009

PASCHE, Dário Frederico. Política Nacional de Humanização como aposta na produção coletiva de mudanças nos modos de gerir e cuidar. Interface comunicação saúde educação, v.13, n. 1, p.701-8, 2009.

PINTO ICM, TEIXEIRA CT. Formulação da política de gestão do trabalho e educação em saúde: o caso da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia, Brasil, 2007-2008. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 27(9):1777-1788, set, 2011

VARELA, F. O reencantamento do concreto. In: PELBART, P. P.; COSTA, R. (Org.) Cadernos de subjetividade: o reencantamento do concreto. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 71-86.

CAPÍTULO 11

*Ana Cristina Coelho Ramos
Erica Cristina Silva Bowes
Maria Constantina Caputo
Monique Azevedo Esperidião
Rosana Santos Batista Adorno*

Permanecer SUS-BA: Acolhendo sujeitos e histórias no caminhar da formação profissional em saúde

Ensinar não é transferir conhecimento,
mas criar possibilidades para sua produção ou construção.

Quem ensina aprende ao ensinar
e que aprende ensina ao aprender.

Paulo Freire

PERMANECERSUS-BA: ACOLHENDO SUJEITOS E HISTÓRIAS NO CAMINHAR DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

INTRODUÇÃO

A Educação na Saúde (ES) é um campo de saberes e de práticas sociais em pleno processo de construção. Há tensões e disputas na definição de suas temáticas centrais e na maneira de abordá-las (FEUERWERKER, 2007). Neste sentido, pensar no campo da Educação na Saúde é uma necessidade para produção de conhecimento e aprendizagem organizacional com propósitos de consolidar os princípios e diretrizes do SUS.

Segundo esta autora, a Educação na Saúde é um espaço a ser desenvolvido na perspectiva da produção de conhecimento e aperfeiçoamento das práticas profissionais de saúde, principalmente com relação ao compromisso ético-político com o processo da Reforma Sanitária Brasileira (RSB). Para enfrentar tal desafio, torna-se importante construir espaços (inter) institucionais e articulações técnico-políticas entre os vários agentes produtores de saberes e práticas.

Apesar de ser considerada uma área importante para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), a ES ainda apresenta um conjunto de fragilidades ao interior dos serviços de saúde (FONTOURA, 2009), porém, destaca-se, de forma crescente, a relevância das políticas e estratégias para o ordenamento da formação profissional e a constituição de perfis adequados às necessidades de mudanças nas estruturas e práticas de saúde.

Tal perspectiva assume grande valor na medida em que se reconhece que a força de trabalho no SUS é movida por sujeitos dotados de certa autonomia e capacidade de decisão que podem assumir posição de apoio ou de resistência aos diferentes projetos, salientando a dimensão política e ética relativa aos compromissos e responsabilidades que os trabalhadores devem ter com o desempenho de suas funções (PINTO, 2013).

O trabalho em saúde concretiza-se no encontro entre sujeitos que produzem o cuidado e atenção à saúde, assumindo que o SUS é movido à gente, e gente que cuida de gente deve ser tratado como gente (PAIM, 2009, p.130). Neste sentido, é importante pensar na formação do trabalhador do SUS como atores ativos responsáveis pela reconstrução e ressignificação das práticas em saúde, uma vez que

[...] avançamos pouco na gestão do trabalho e, especialmente, na implantação de carreiras para pessoal do SUS [...] E não tem sido dessa forma cuidadosa que as áreas econômicas e os ministérios e secretarias, sistemas dos governos têm tratado as pessoas que nele trabalham no SUS. Enquanto a questão das pessoas que nele trabalham e nele realizam como sujeitos não for equacionada, não haverá milagres na gestão, na gerência e na prestação de serviços (PAIM, 2009, p.130).

Paim (2009) enfatiza ainda a necessidade de valorização do trabalhador da saúde para apoiar as mudanças nos processos de trabalho e modelos de atenção imprescindíveis na implementação do SUS. Deste modo, reconhece-o como sujeito ativo no processo de trabalho em saúde que se caracteriza pelas incertezas decorrentes da indeterminação das demandas, pela descontinuidade das ações e a fragmentação do processo de trabalho, a falta de interação das equipes, a desarticulação da rede assistencial, a burocratização do sistema, o baixo investimento na qualificação dos trabalhadores, com ênfase na formação dos profissionais de saúde desarticulada com o projeto ético-político do SUS, entre outros aspectos que resultam em relações desumanizadas entre os profissionais e os usuários dos serviços de saúde.

Vale considerar que os problemas que se apontavam há 10 anos continuam vigentes, e até se intensificaram, em decorrência do processo de expansão dos números de escolas e cursos universitários, em sua maioria no campo privado, mesmo com o Programa Reestruturação e Expansão das Universidades Federais Brasileiras (Reuni), somado a deterioração dos serviços em unção da privatização, por dentro e por fora do SUS, o subfinanciamento, e o “desmonte” que tem sofrido as políticas públicas.

Diante desse cenário, é necessário estimular a formação de trabalhadores para o SUS, comprometidos eticamente com seus princípios e diretrizes, e que se entendam como atores sociais e agentes políticos capazes de promover transformações na sociedade (BRASIL, 2013). Sendo necessário considerar uma formação profissional em saúde com perfil adequado à conformidade do projeto ético-político do SUS é compreender que a integração Trabalho e Educação pode contribuir de modo mais significativo para os desafios atuais de renovação da formação em saúde.

Desta forma, é preciso contribuir com o processo de formação profissional para fomentar a politização do futuro trabalhador da saúde mediante uma experiência educativa que rompa com o puro treinamento técnico e reconheça os elementos fundamentais de formação, gestão, atenção e participação necessária para promoção de novos contratos de serviços alcançando assim o seu caráter transformador, na linha do enfoque freiriano:

[...] embora diferentes entre si, quem forma se forma e re-forma ao formar e quem é formado forma-se e forma ao ser formado. É neste sentido que ensinar não é transferir conhecimento, conteúdos, nem formar é ação pela qual um sujeito criador dá forma, estilo ou alma a um corpo indeciso e acomodado (FREIRE, 2009:23).

Diante desses desafios a serem superados como também, o enfrentamento das dificuldades com a questão dos recursos humanos, considerada um dos “nós críticos” do processo de mudança da gestão e da atenção à saúde no país, fomentou a elaboração de várias propostas para a gestão dos trabalhadores da saúde,

[...] especificamente no âmbito estadual e municipal, por conta do processo de descentralização. Se, por um lado, isso facilita a definição de propostas mais adequadas à problemática regional e local, por outro, tem evidenciado a existência de problemas estruturais e conjunturais, que repercutem na capacidade de gestão de muitas secretarias de estado e municípios na área de gestão do trabalho e da educação em saúde (PINTO & TEIXEIRA, 2011, p.1778).

Com incentivos no âmbito nacional e estadual (Pegtes), o investimento na formação profissional, que exige um olhar atento, pois não é tarefa fácil mudar efetivamente o modo de produzir saúde, desenvolver uma atitude crítica propiciando a criação de espaços pedagógicos relacionais para se responsabilizar e corresponsabilizar os sujeitos garantindo assim sua implicação como agente de transformação na produção de saúde.

Nessa perspectiva, a Bahia implantou o Programa PermanecerSUS em março de 2008 sob responsabilidade da Coordenação de Humanização do Trabalho na Saúde (CHTS)/Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (Dgtes), em parceria com a Escola de Saúde Pública da Bahia (Espba) visando potencializar o acolhimento aos usuários e acompanhantes nos serviços da rede SUS, bem como, contribuir com a reorientação da formação dos futuros trabalhadores do SUS.

Diante do exposto este capítulo pretende analisar a contribuição do Programa PermanecerSUS para formação profissional em saúde, assim como compreender a percepção dos estudantes acerca dessa vivência de estágio. A análise da implantação das políticas e programas voltados à qualificação do trabalho em saúde, desde a perspectiva da formação, permite evidenciar experiências concretas ao interior dos estados e responder a lacunas quanto ao funcionamento e alcance de tais programas. Poucos trabalhos foram desenvolvidos nesta direção, no que se refere ao Programa PermanecerSUS. Figueredo et al. (2016; 2018) analisou o programa como uma proposta de educação interprofissional à formação em saúde, destacando aspectos como colaboração interprofissional, trabalho em equipe e aprendizado colaborativo.

TRILHAS E APOSTAS NO PROCESSO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

A educação dos profissionais de saúde deve ser compreendida como processo permanente, desde a graduação à sua atividade profissional, de modo que estabeleça a articulação entre as instituições de ensino, os serviços de saúde e outros segmentos da sociedade. Conforme as diretrizes nacionais aprovadas pelo Mec, esse processo deve dar conta do crescente ritmo de evolução do conhecimento, os novos modelos de intervenção, às

novas tecnologias incorporadas no processo de trabalho em saúde, às determinações sociais de saúde, tendo em vista o equilíbrio entre excelência técnica e relevância social (BRASIL, 2007).

Para isso, tem se enfatizado a necessidade de promover a integração educação e trabalho, entendida como um processo dinâmico e interativo que envolve estudantes, docentes, trabalhadores e gestores dos serviços, visando à qualidade, à resolutividade e à atenção de redes para responder às necessidades dos usuários de saúde (Carvalho e Ceccim, 2012). Nessa perspectiva, vários programas foram criados no âmbito federal, tais como: Profissionalização dos Trabalhadores da Área da Enfermagem (PROFAE, 1999), Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde, Mestrados Profissionais, Cursos de formação de Conselheiros de Saúde entre outros, o que ratifica a apreensão do sistema com a qualificação dos seus trabalhadores e atores estratégicos.

A partir da criação da Sgtes/MS, em 2003, foram criadas novas políticas e programas que adotaram a referência de trabalho e educação como norteadora das ações no cenário acadêmico, a exemplo do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) (BRASIL, 2005, p.6), a Política Nacional de Humanização – PNH (Brasil, 2003) e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde – PNEPS (BRASIL, 2007) com o intuito de orientar as mudanças necessárias à incorporação de novas tecnologias para atenção à saúde (BRASIL, 2003).

Tais políticas e programas enfatizam que a educação dos profissionais de saúde, como processo permanente, se inicia durante a graduação e é mantida durante a vida laboral, sendo imprescindível a relação de parceria entre as instituições de educação superior, os serviços de saúde, a comunidade, as entidades e outros setores da sociedade civil (BRASIL, 2007). Nessa perspectiva, exige-se uma corresponsabilidade da área da saúde com o processo de formação, estabelecendo uma parceria nítida com a área da educação com vistas a enfrentar as mudanças socioeconômicas que vêm exercendo influência sobre as atuais concepções pedagógicas, a organização da assistência à saúde, a formação de recursos humanos e a prática profissional.

Apesar dos esforços nesta direção, alguns autores chamam a atenção que ainda as instituições formadoras reproduzem modelos de formação centrados em tecnologias altamente especializadas, dependentes de procedimentos e equipamentos de apoio diagnóstico e terapêutico (FEUERWERKER, 2002). A capacitação de pessoal inserida nos serviços, por sua vez, tem se dado através de treinamentos pontuais e fora do processo de trabalho, modelo que não é suficiente para promover a educação integral e sustentável comprometida com o desenvolvimento dos sujeitos, sobretudo na valorização dos trabalhadores. Na maioria das vezes consiste na transmissão de conhecimentos dentro da lógica da “educação bancária” onde o educador é considerado sujeito do processo, e os educandos meros objetos (FREIRE, 2004).

Diante desse contexto, as políticas públicas de saúde e de educação voltadas para a formação dos profissionais de saúde – fundamentadas nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), nas diretrizes da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos do Conselho Nacional de Saúde (CIRH/CNS) e no Fórum Nacional de Educação dos Profissionais da Saúde (Fnepas) – apontam a necessidade de mudanças na formação profissional, estimulando práticas educativas que valorizem a interdisciplinaridade e adoção de metodologias ativas no processo ensino-aprendizagem, que contribuam para a qualidade dos serviços e humanização do cuidado, considerando o SUS um cenário privilegiado de prática de estágios (ALMEIDA et al, 2012).

Tendo em vista a necessidade de investir em modelos de formação que impliquem uma aprendizagem significativa, em 2001, a Escola Estadual de Saúde Pública do Estado do Rio Grande do Sul em parceria com o movimento estudantil, organizou a experiência denominada “Escola de Verão”, como estágio de vivência para os estudantes de medicina do Brasil (BRASIL, 2013). A partir desta experiência e sensível à demanda de ressignificação da integração trabalho e educação, no ano 2002, o Ministério da Saúde criou a Assessoria de Relações com o Movimento Estudantil e Associações Científico-Profissionais da Saúde, com o objetivo de aproximar os estudantes no desenvolvimento de projetos que visam estabelecer uma política de educação para futuros profissionais do SUS (BRASIL, 2013).

Desta forma, foi criado o projeto do Ver-SUS/ Brasil iniciado em 2003, levando a 1.200 estudantes a oportunidade de estabelecer contato com sessenta Secretarias Municipais de Saúde ao longo do ano de 2004 (CECCIM, 2004). Dessa articulação, muitos outros projetos se desdobraram, possibilitando a participação dos estudantes e do movimento estudantil nos espaços de construção do SUS, nos conselhos de saúde, nos polos de educação permanente e etc.

Experiências como Ver-SUS demonstram a possibilidade de romper com a lógica meramente tecnicista, propondo alternativamente a articulação entre trabalho e educação como potencializador da vivência do aprender a aprender na saúde, baseando-se na reflexão crítica sobre o trabalho em saúde e na experimentação da alteridade com os usuários, construindo assim um novo modelo de práticas educacionais que permita no cotidiano das relações da organização da gestão em saúde e na sua estruturação do cuidado se incorpore o aprender e ensinar, formando desta forma o trabalhador para o SUS (CECCIM, 2004).

Na Bahia, a preocupação com a formação profissional em saúde aparece na agenda estratégica da Sesab, elaborada e em 2007, evidenciando a prioridade da área de recursos humanos (PINTO, 2011), tendo sido elaborada, neste mesmo ano, a Política Estadual de Gestão do Trabalho e Educa-

ção na Saúde (Pegtes)¹, revisada em 2012, que considera “o trabalho como princípio educativo, educação como prática transformadora, humanização e democratização das relações de trabalho” (Bahia, 2012, p. 13) e apontou a necessidade de investimento em programas de integração trabalho e educação, a exemplo de Programa PermanecerSUS.

CONSTITUIÇÃO E IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA PERMANECERSUS NA BAHIA

O PermanecerSUS foi implantado em 2008, integrando trabalho e educação como proposta de reorientação da formação dos estudantes de saúde na perspectiva de vivência na humanização, potencializando o acolhimento junto aos usuários e acompanhantes nos serviços de saúde. Desde então, passaram pelo programa 870 estagiários, distribuídos em 15 campos de práticas, nas unidades de saúde da Rede Própria SUS Bahia, na capital e interior.

A constituição desse programa foi iniciada em 2007, na Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (Dgtes), integrante Superh/Sesab, estrutura inclui a Coordenação de Humanização do Trabalho na Saúde (CHTS), responsável por organizar ações estratégicas para introduzir os dispositivos da Política de Humanização nas unidades de saúde.

De igual modo, a Universidade Federal da Bahia (Ufba), também demonstrava uma inquietação com relação ao campo de estágio, que permitisse o conhecimento da realidade e necessidades de saúde bem como, as exigências relativas às competências do trabalhador do SUS, além de demandar a contrapartida de bolsas para permanência de estudantes cotistas nas universidades.

Por conseguinte, também era de inquietação da gestão estadual da saúde qualificar a porta de entrada das três grandes emergências de Salvador, neste caso Hospital Geral Roberto Santos (HGRS), Hospital Geral do Estado (HGE) e Hospital Geral Ernesto Simões Filho (HGESF) que se encontravam com frequência nas mídias comerciais da capital, sendo retratada pela insatisfação da população com relação aos maus tratos e descasos, além de elevada manifestação na Ouvidoria do estado no sentido de indicar as práticas desumanizadas dos serviços.

1 - Desenvolvida pela Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Sesab), por meio da Superintendência de Recursos Humanos da Saúde (Superh), envolveu diversos atores como o Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde da Bahia (Cosems-BA), a Comissão Intergestores Bipartite (Cib), o Conselho Estadual de Saúde (Ces) e instituições de ensino públicas e privadas (Bahia, 2012) foram incluídos na discussão, com o objetivo de efetivar a PNEPS e a política do Pró-Saúde, para provimento e compromisso institucional em mudanças significativas na gestão do trabalho e da educação em saúde (PINTO e Teixeira, 2011).

Assim o programa estabeleceu sua modelização como estágio não obrigatório, com ingresso de estagiário preferencialmente cotista/ em vulnerabilidade social, contemplando os cursos de graduação em saúde, como também as graduações de Serviço Social e Psicologia para atuação nas unidades assistenciais de saúde do estado da Bahia, com carga horária semanal de 20 horas e contemplando bolsa-auxílio. O acolhimento foi escolhido como eixo orientador das práticas de estágio, por se tratar de uma diretriz que favorece a ressignificação da postura do trabalhador, a disponibilidade à escuta qualificada e o encontro entre os sujeitos envolvidos na saúde.

Observa-se que o acolhimento mobiliza a reorientação de processos em saúde de todos os sujeitos envolvidos no programa. Principalmente, estimula os estudantes estabelecerem vínculos solidários com usuários e trabalhadores de modo a potencializar a garantia de acesso e informação com qualidade fortalecendo o direito dos usuários do sistema de saúde. Essa experiência provoca o repensar na organização, no cuidado e atenção por parte do próprio serviço de saúde.

Os estudantes vivenciam o campo do cuidado como espaço de atuação crítica, reflexiva, compromissada, propositiva e tecnicamente competente no qual produz ações contra hegemônicas diante do conservadorismo vigente de algumas práticas educativas desenvolvidas no âmbito do SUS (CECCIM, 2005). Experenciam a prática interdisciplinar, a formação de rede, estudo e discussão de caso, educação permanente visando à aproximação do ensino/serviços de saúde sob gestão direta do Estado.

Nessa perspectiva, o programa foi organizado de forma a provocar nos estudantes uma postura ética e responsável durante seu processo de formação, bem como desenvolver práticas humanizadas nos serviços, vivenciando a realidade concreta dos processos de trabalho em saúde.

CONTANDO HISTÓRIAS: NARRATIVAS E PERCEPÇÃO DOS ESTAGIÁRIOS DO PERMANECERSUS

O alicerce metodológico do programa PermanecerSUS é desenvolvido pela equipe formada por apoiadores pedagógicos, que desenvolvem a articulação entre a gestão do programa e implementação das ações nas unidades implantadas, e mediadores da aprendizagem que são os educadores em serviço, totalizando uma rede de 26 atores que realizam acompanhamento aos estagiários e educação permanente, entre outras atribuições elencadas no Quadro 1:

Quadro 1 – Funções e atribuições dos atores do PermanecerSUS

APOIADOR PEDAGÓGICO:	<ol style="list-style-type: none">1. Realização de leitura da realidade institucional, da dinâmica interna e relações de trabalho na unidade de saúde, com objetivo de otimizar a inserção dos estagiários nas ações do serviço;2. Orientação e acompanhamento dos estagiários e mediadores da aprendizagem para o alinhamento da proposta do programa;3. Estimulação do desenvolvimento do senso crítico de estudante inserido no processo de trabalho em saúde;4. Articulação do programa com os espaços colegiados da unidade para inserção de estagiários promovendo a articulação entre a gestão e a atenção da saúde.
MEDIADOR DA APRENDIZAGEM:	<ol style="list-style-type: none">1. Orientar e acompanhar os estudantes no desenvolvimento do acolhimento por meio da escuta qualificada, problematizando a realidade;2. Promover ao estagiário o conhecimento dos fluxos de atendimento do serviço de saúde, objetivando a resolutividade do acolhimento, assim como a reflexão crítica da produção de saúde dos serviços;3. Apoiar os estudantes frente às dificuldades encontradas no seu cotidiano, bem como evitar sua exposição diante situação de risco.4. Desenvolver processos de educação permanente (Sesab, 2012, p 10)

A experiência vivenciada pelos estudantes e a supervisão realizada por estes atores foi registrada sistematicamente, em três tipos de documentos: a) **Livro de ocorrência** - registro dos acolhimentos realizados pelos estagiários em cada unidade durante o plantão, especificando no final do relato de cada acolhimento realizado; b) **Narrativas** - documento escrito pelo estudante a cada 6 meses de estágio; c) **Cartas de egresso** - relato de experiência descrito pelos egressos do PermanecerSUS.

A leitura desse material permitiu a análise da percepção dos estagiários acerca da contribuição da experiência para sua formação profissional, constatando-se que 100% dos participantes consideraram o Programa muito relevante para sua formação profissional, destacando que as atividades realizadas fortaleceram os conhecimentos norteadores das políticas de saúde, favorecendo o aprofundamento da integração trabalho-educação. Alguns trechos das respostas, colocados abaixo, ilustram esta percepção:

“A experiência de um ano em um serviço público de saúde me oportunizou vivenciar o SUS, além da visão midiática (revelada de forma pessimista), rompendo alguns preconceitos e aprendendo sua realidade mais profunda que a teoria aprendida na universidade.” (Estudante de Psicologia, 2019)

“Entrei de uma forma e sai de outra, tudo que contemplei servirá para minha vida pessoal e profissional esse trabalho de humanização e acolhimento nas portas de entrada do SUS me fez enxergar o que é trabalhar na área de saúde e o acolhimento começa de nós mesmos...” (Estudante de Serviço Social, 2018)

“A possibilidade de poder estar inserido dentro de uma unidade de saúde, mesmo que não atuando na sua respectiva área, te faz perceber como se dá todo processo de organização do sistema público de saúde e suas adversidades, somente estando lá é que você percebe o quão difícil é estar somente do lado de fora do sistema tecendo críticas sem saber como é que se desenrola o serviço e como os profissionais se esforçam para que os atendimentos se deem da melhor forma”(Estudante de Nutrição, 2018)

Na percepção dos estagiários, o programa promoveu apreensão dos conteúdos atinentes ao SUS, o que favoreceu na instrumentalização de suas competências, bem demonstrou a importância da articulação teoria e prática e a necessidade de compreensão da realidade da saúde como ratifica a resposta do estudante de medicina (2014) “Este programa me ajudou a visualizar um ponto de vista que eu dificilmente teria acesso na faculdade: o ponto de vista do paciente nas unidades públicas...” Percebeu-se na sua ponderação a mudança de perspectiva da compreensão da prática de saúde, deslocando da lógica do trabalhador e gestores para o usuário, sujeito da atenção e do cuidado. Já a narrativa pontuada a seguir, é voltada ao relacionamento multiprofissional:

“Eu fui a primeira estudante de Medicina a fazer parte do Permanecer SUS em Guanambi. Isso significou muito, pois infelizmente o Curso de Medicina ainda vem pautado num estigma de superioridade que muitas vezes nos distancia dos colegas de outras áreas e também do paciente. Pude realizar o acolhimento juntamente a uma colega do curso de enfermagem e isso me trouxe uma experiência excelente de multidisciplinaridade.” (Estudante de Medicina, 2020)

Para os estagiários, ainda, a experiência no programa possibilitou o entendimento do serviço por meio do percurso do usuário em busca do acesso à saúde, conforme a percepção do estudante de Serviço Social (2018):

“Cada funcionário precisa ser humanizado e tratar cada usuário da forma correta, saber escutar. Muitos chegam nervosos e eufóricos por correr de um lado para outro sem encontrar atendimento e depois de passarem por tantos lugares eles esperam que naquela determinada unidade que estão indo sejam atendidos e muitas vezes são recebidos de uma forma arrogante agressiva, somos humanos e precisamos um dos outros independente da classe social, da religião, da cor da pele...” (Estudante de Serviço Social, 2018)

Quando o estagiário vivencia a dinâmica da realidade nas unidades de saúde, sendo cotidianamente levado a refletir as práticas por meio da educação permanente favorece a mobilização desse sujeito e provoca sua responsabilização por sua formação.

“A participação no estágio do PermanecerSUS foi muito importante para meu crescimento tanto pessoal quanto profissional. Pois me permitiu uma visão mais ampliada das necessidades que o outro trás no ambiente de emergência hospitalar, bem como, favoreceu-me uma melhor compreensão do significado de escuta qualificada. Sendo importante destacar, que estes aprendizados partiram tanto do contato com os usuários, como também, através dos espaços de educação permanente da Se-sab e preceptoria da unidade.” (Estudante Psicologia, 2018)

Cabe ressaltar que profissionais formados com essas inserções de campo de práticas, e que conhecem as políticas que envolvem a saúde e seus princípios, frequentemente adquirem uma postura na sua atuação de compromisso diante das necessidades do SUS, o que é importante para o seu efetivo engajamento nas propostas de transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho (GUIZARDI, 2006).

Outro ponto considerado relevante, segundo a percepção dos estudantes, foi o reconhecimento da importância do acolhimento junto aos usuários e acompanhantes dos serviços com vista à resolutividade das demandas. O acolhimento se apresentou como assunto transversal da ação que exige o diálogo e articulação entre as áreas dos saberes para garantir a resolutividade dos casos abordados.

“Em princípio achei que seria mais uma oportunidade de conhecer a medicina por perto, mas me deparei com uma demanda que ultrapassa os limites da medicina. A parte técnica eu poderia aprender em qualquer momento através de livros e artigos, mas a questão de humana é bem mais difícil de medir. Conheci a saúde em sua essência, com seus problemas e suas demandas. Estando do outro lado, do lado dos usuários do serviço. Pude conhecer e reconhecer seus verdadeiros problemas que vão além do motivo pelo qual foi procurar ajuda. Saber ouvir é muito mais do que apenas escutar. As várias sessões temáticas me apresentaram a escuta qualificada e com isso pude colocar em prática. Apenas escutar seus problemas, suas queixas e até mesmos seus sonhos. Hoje não me sinto melhor do que qualquer outro profissional, mas me sinto preparado para dar meus passos rumo a uma saúde mais humanizada. Não serei mais um profissional e sim mais um acolhedor.” (Estudante de Medicina, 2018)

O acolhimento possui uma orientação ética, pois não significa apenas interagir a partir do que se demanda, mas, sobretudo promover movimentos que produzam reposicionamentos na produção de novas atitudes e nova ética (BRASIL, 2012). O acolhimento realizado no estágio possui uma aposta nesse sentido para a formação profissional em saúde, pois esta diretriz se constitui numa postura que deve balizar as práticas, que se mobiliza nas relações concretas que operam a realidade, propiciando a construção de encontros sustentados por valores éticos e numa nova proposta de sociabilidade.

Nesse sentido, de construção de valores éticos e morais para formação profissional em saúde identifica-se, nas narrativas registradas no livro de ocorrência a apreensão de valores como respeito às diferenças, quebra de preconceito, compreensão da importância do SUS para sociedade, humanização e compromisso:

“Todos somos iguais somos sujeitos de direitos temos sempre que nos colocar no lugar do outro então que esse programa não acabe, e possa continuar fazendo a diferença em vários espaços, eu tinha uma visão do SUS antes do estágio hoje tenho outra.” (Estudante de Serviço Social, 2018)

“Reflico sempre que o SUS necessite de pessoas novas e que pretendam alinhar sua ética profissional à pessoal, ou seja, querer ocupar os espaços públicos de saúde independente de seus níveis de atenção. É isto que o programa permite, que estudantes de baixa renda e que estudam em universidades públicas e/ou bolsistas em faculdades particulares possam conhecer o SUS mais de perto e tenham possibilidades de transformá-lo com ações contra hegemônicas. Pretendo permanecer ocupando o SUS que acredito e fazer parte da potência e do fortalecimento de suas diretrizes. Sou profundamente grata ao programa Permanecer SUS e todas as Mulheres que sempre estiveram à frente da luta pela saúde pública de qualidade.” (Estudante de Psicologia, 2018)

Também é notado no livro de ocorrência de acolhimentos e narrativas realizados registro que ratificam o valor de alteridade e criticidade:

“Eu, enquanto mulher negra, consigo estabelecer esse paralelo das nossas instituições com a nossa sociedade e vemos o quanto precisamos de espaços e oportunidades como essas que são oferecidas pelo estado. Minha imersão ao Partiu Estágio veio por meio do programa de permanência estudantil e vejo que existe a necessidade urgente que ambientes como esses sejam ocupados por todos e principalmente por aqueles que por muitos anos não tiveram oportunidade de ingressar em uma universidade e poder construir uma carreira profissional com bases acadêmicas como Odontologia, Medicina, Enfermagem entre outras que merecem o mesmo prestígio quanto os profissionais da saúde. Merecemos e é nosso por direito a construção a partir do estado de novas oportunidades para uma vida de realizações.” (Estudante de Odontologia, 2020)

“No acolhimento... ela chorou. tão jovem quanto eu, tão cheia de sonhos como eu, estava ali, tão vulnerável ao medo, como eu, ao seu pranto. Eu senti sua angústia e seu medo, e minha presença significava para ela um conforto e segurança... Coloquei-me como seu semelhante, alguém que poderia contribuir com o pouco que ela precisasse.” (Estudante de Saúde Coletiva, 2014)

Essa experiência provocou o repensar na organização, no cuidado e atenção por parte do próprio serviço de saúde, contribuindo na ampliação do acolhimento e qualidade da assistência. Como demonstra o registro de acolhimento no livro de ocorrência:

“M.C.S.O, 65 anos, residente de águas claras, chegou na unidade e guardava sua vez para ACCR, sua senha era número 37 e estava no 8ª atendimento. Eu estava acolhendo os usuários da recepção orientando quanto as normas e classificação e observei que a paciente estava pálida, silenciosa e com um olhar distante, abordei-a e percebi que estava desorientada fui imediatamente às enfermeiras da ACCR sinalizei o caso que foram a sala de espera constatou a emergência e levou a paciente para atendimento na sala amarela. Orientei os demais usuários com relação as prioridades de atendimento que compreenderam a prioridade, evitando assim conflitos na sala de espera.” (Estudante de Enfermagem, 2019)

Percebe-se que a prática no PermanecerSUS contribuiu para apreensão no conceito de acolhimento que demonstra conformidade com a política de humanização. O maior objetivo do programa é que toda a aprendizagem possa ser incorporada na vida laboral desses sujeitos que possam adotar atitude, habilidade e valores desenvolvidos durante o estágio.

Com tudo isso, notou-se que o estágio no PermanecerSUS influenciou na escolha de atuação no SUS, pois conhecer a realidade e dela criar sínteses críticas constituem o pressuposto para constituição de um perfil profissional adequado ao SUS. Quando o estudante reflete sobre a realidade e a implicação com sua vida, torna-se mais consciente e comprometido com a transformação social.

“Hoje, imagino a minha trajetória profissional dentro do SUS, percebo a importância desse sistema e o que ele representa para a sociedade brasileira, compreendo melhor o SUS, defendendo o SUS.” (Estudante de Psicologia, 2019)

Pelo exposto, podemos confirmar o quanto é importante o investimento de experiências de aprendizagem no campo afetivo que estimulem à construção de valores ético-político e assim favoreça a constituição de uma formação em conformidade com as necessidades de reconfiguração das práticas de saúde. Como aponta Paulo Freire, “a educação é um ato de amor e, por isso, um ato de coragem. Não pode temer o debate. A análise da realidade.” (FREIRE, 1997, p.126-127).

A experiência do PermanecerSUS reafirma a importância de uma práxis liberadora, que objetiva ver o outro como ser autônomo, como alguém que se tornará produtor de si mesmo e na saúde contribuir para as transformações necessárias para consolidação da visão de um SUS democrático. Cabe ressaltar que esse programa foi reconhecido nacionalmente por meio

do prêmio concedido pelo Ministério da Saúde no concurso nacional *experiências do SUS que dá certo* nos anos de 2013 e 2016, por sua relevância no campo da formação profissional e humanização. Atualmente, está na sua 16ª edição de seleção de estágio, com procura dos estudantes de graduação para vivenciar esse campo de prática.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Educação na Saúde tem um papel fundamental para formação profissional e alinha-se a perspectiva de análise crítica do projeto da Reforma Sanitária Brasileira. A integração trabalho-educação é um caminho a ser percorrido tendo em vista superar a dicotomia teoria e prática, uma vez que promove a ruptura não só com um modelo tradicional de formação como também implica na reorganização dos serviços e na análise crítica dos processos de trabalho.

A integração trabalho-educação e a disseminação de conhecimento da realidade concreta do trabalho na saúde exigem investimento metodológico de expor o trabalho vivo em ato para avaliação, bem como é imprescindível para construção de um perfil de trabalhador em consonância com o projeto ético-político do SUS. O campo de estágio favorece o processo de educação na saúde, por ser o *locus* onde o estagiário se depara com questões complexas que demandam a compreensão da realidade e estimulam a busca de outros conhecimentos dependendo da capacidade de reflexão crítica e problematização do processo de trabalho em saúde.

A partir dos resultados desse trabalho, foi possível identificar a relevância que os estudantes atribuem a esta experiência de estágio para sua formação profissional, sobretudo pela experiência interdisciplinar e na constituição da humanização como modo de operar ações em saúde, reconhecendo também o quanto esta vivência favorece processos criativos para garantir a resolutividade e o desenvolvimento da habilidade de escuta qualificada e atitude ético-política no acolhimento aos usuários do SUS.

Portanto, o programa PermanecerSUS proporciona reflexões críticas e contribui para a transformação da formação em saúde, reafirmando a importância da relação entre teoria e prática, como vivência que possibilita o compromisso social, a ética e a autonomia do sujeito. Ao mesmo tempo em que a efetividade do programa é evidenciada, aponta-se para o engajamento, por meio da formação interdisciplinar, de futuros profissionais mais comprometidos com a saúde pública, consoante os princípios do SUS (FIGUEREDO & VÉRAS, 2016).

Vale destacar, que a Sesab segue investindo no PermanecerSUS por seu compromisso normativo e político com a formação profissional, assim como por reconhecer que este se traduz como importante experiência de integração trabalho-educação, que repercute na promoção de um atendimento integral e uma visão mais humana e acolhedora aos usuários do SUS, diante das dificuldades e burocracias enfrentadas no Sistema de Saúde.

REFERÊNCIAS

BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Superintendência de Recursos Humanos. Política Estadual de Gestão do Trabalho e da Educação Permanente em Saúde - Pegtes. Salvador: Sesab, 2012

_____. 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 / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009.

_____. A educação permanente entra na roda: polos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2005.

_____. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Superintendência de Recursos Humanos. Documento Base do Programa PermanecerSUS. Salvador: Sesab, 2008

ALMEIDA M, FEURWERKER L, LLANOS M orgs. A educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial; Londrina: Ed. UEL; 1999.

BENEVIDES, R; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 10, n.3, p. 561 -571, 2005.

BOWES, Érica C. S. Permanecer SUS: acolhendo sujeitos e histórias no caminhar da formação profissional em saúde. 56 fls. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2014

CECCIM, Ricardo B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. Revista Interface- Comunicação, Saúde, Educação – V.9, n. 16, p. 161-77, set.2004/ fev.2005;

FEUERWERKER, LCM. Educação na saúde – educação dos profissionais de saúde – um campo de saber e de práticas sociais em construção. Revista Brasileira de Educação Médica. 31 (1):3 – 4 ; 2007

FIGUEREDO, W; VÉRAS, R. Integrando educação e trabalho: o caso do permanecer sus da secretaria da saúde do estado da Bahia. Trab. educ. saúde 14 (3). Sep-Dec, 2016.

FIGUEREDO, W. et al. Práticas colaborativas nas urgências em Saúde: a interprofissionalidade do Programa PermanecerSUS, Secretaria Estadual de Saúde da Bahia, Brasil. Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]. 2018, v. 22, n. Supl2, pp. 1697-1704.

FONTOURA, M; LEMOS, M. A Integração da Educação e Trabalho na Saúde e a Política de Educação Permanente em Saúde do SUS-BA. Revista Baiana de Saúde Pública, p 113- 120, v33 n1, 2009.

FREIRE, P. Pedagogia da Autonomia. São Paulo: Editora Paz e Terra, 2009.

MERHY, Emerson Elias. Saúde: A cartografia do Trabalho vivo. 3ª edição, São Paulo: Editora Hucitec, 2002.

PAIM, J.S. O que é o SUS?. Rio de Janeiro: editora fiocruz, 2009

PINTO ICM, TEIXEIRA CT. Formulação da política de gestão do trabalho e educação em saúde: o caso da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia, Brasil, 2007-2008. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 27(9):1777-1788, set, 2011

CAPÍTULO 12

*Jamile Oliveira Lima
Laíse Rezende de Andrade
Lis Bandarra Monção
Monique Azevedo Esperidião*

Núcleos de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde: Tecendo a rede de sujeitos, ações e estratégias no SUS – BA

Otimismo é quando, sendo primavera do lado de fora,
nasce a primavera do lado de dentro.
A Esperança é quando, sendo inverno do lado de fora,
a despeito dele brilha o sol de verão do lado de dentro.

Rubem Alves

NÚCLEOS DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE: TECENDO A REDE DE SUJEITOS, AÇÕES E ESTRATÉGIAS NO SUS – BA

INTRODUÇÃO

A Gestão do Trabalho e Educação na Saúde é um dos mais relevantes campos para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), constituindo-se num espaço social que reúne o interesse de gestores, trabalhadores e acadêmicos, com contribuições para o aperfeiçoamento do conhecimento, para a formulação de políticas e para a adoção de novas práticas.

Apesar de esforços na direção da organização de um conjunto de políticas orientadas para a valorização dos trabalhadores no Sistema Único de Saúde, o fortalecimento da articulação entre as duas áreas, gestão do trabalho e educação em saúde, persiste como grande desafio. A adoção de estratégias e dispositivos para sua operacionalização vem sendo experimentada. Neste capítulo, apresentaremos uma destas estratégias, os Núcleos de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (Nugtes), como elemento dinamizador da Política Estadual de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde do SUS Bahia (Pegtes), formulada em 2010.

Na implantação do SUS, cujos princípios e diretrizes estão consagrados na Constituição Federal de 1988, a importância da Gestão do Trabalho e Educação na Saúde é reconhecida, pois contempla entre suas atribuições o ordenamento da formação de recursos humanos na área da saúde (BRASIL, 1988).

A legislação que regulamenta a constituição no âmbito da saúde, como a Lei nº. 8.080/90 e a Lei nº. 8.142/90, reforçam o dever das entidades federadas em responsabilizar-se pela formulação de políticas de formação e desenvolvimento dos RHC e elaboração do Plano de Carreiras, Cargos e Salários. Sendo que a primeira contempla um capítulo somente sobre Recursos Humanos, onde também reforça o papel do Estado, no direcionamento da formação em todos os níveis de ensino, na valorização da carreira pública no SUS, estabelecimento de normas de pesquisa, na integração ensino-serviço entre outras atribuições na consolidação do SUS (BRASIL, 1990).

O momento político econômico perpassado na década de 90, não favoreceu a estruturação dos Gestão do Trabalho ou organização das políticas de enfrentamento dos problemas crônicos que concernem a força de trabalho no SUS. Apesar do movimento de municipalização, onde os municípios e os estados passaram a ter novas e múltiplas responsabilidades, destacando a contratação e gestão dos trabalhadores, o financiamento federal não acompanhava o aumento dos gastos na saúde. Repercutindo nas políticas de RHC que foram marcadas por instabilidade, sobretudo pelo menor consenso dos atores diretamente envolvidos, o processo de reconfiguração gerencial do Estado Brasileiro e a falta de priorização da área (VIEIRA, DURÃO, LOPES, 2011).

O Conselho Nacional de Saúde (CNS), após a 10ª Conferência Nacional de Saúde, que ocorreu em 1998, iniciou as discussões para a elaboração dos “Princípios e Diretrizes” para a Nob-RH/SUS, que teve sua primeira versão publicada no mesmo ano. Em 2000, foi republicada com incremento das discussões das Comissões do Conselho Nacional de Saúde com a contribuição dos convidados para a Oficina Nacional de Recursos Humanos (CONASS, 2011; BRASIL, 2002).

A aprovação da uma resolução pelo CNS, no ano de 2004, para “aplicar os Princípios e Diretrizes da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (Nob-RH/SUS)” como Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, no âmbito do SUS. Este instrumento, republicado em 2005, visava contribuir na gestão dos trabalhadores do SUS, possibilitando a inclusão de suas necessidades no bojo das políticas dos municípios, estados e união (BRASIL, 2005).

Ao realizar o levantamento dos problemas que entravam a gestão do trabalho em saúde, a Nob-RH/SUS, em sua fundamentação, aponta a formação de recursos humanos como “peça fundamental para a elaboração da política nacional de RH” (BRASIL, 2003). Cabendo ao SUS a competência para ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde, conforme Artigo 200, Inciso III, da Constituição Federal de 1988, a União, os Estados e o Distrito Federal estão obrigados a manterem escolas de governo para a formação e o aperfeiçoamento dos servidores, constituindo-se, a participação nos cursos, um dos requisitos para a promoção na carreira. Desse modo, percebe-se a intencionalidade em levar os entes federados a participarem da formulação e execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde. A própria Constituição assegura a participação dos trabalhadores e empregadores nos colegiados dos órgãos públicos em que seus interesses profissionais sejam objeto de discussão e deliberação, sendo obrigatória a participação dos sindicatos nas negociações coletivas de trabalho (BRASIL, 2003). A lei garante, desse modo, que a política de recursos humanos seja feita de forma articulada e com participação dos gestores e trabalhadores na sua elaboração e execução. Mesmo centrada no componente trabalho, a Nob-RH/SUS traz a educação como pilar para uma Política de Recursos Humanos expresso em 2 (dois) dos seus 21 (vinte e um) conceitos básicos.

Importante refletir que o conceito de Formação Profissional, remete ao processo que sistematiza os conhecimentos técnicos e científicos por meio da educação profissional de nível básico, técnico e superior, com o objetivo de propiciar ao indivíduo o permanente desenvolvimento de aptidões, habilidades, competências específicas e posturas solidárias perante os usuários, para o exercício do trabalho e da educação a fim de inseri-lo nos setores profissionais”; outro conceito chave é Educação Permanente que constitui-se no processo de permanente aquisição de informações pelo trabalhador, de todo e qualquer conhecimento, por meio de escolarização formal ou não formal, de vivências,

de experiências laborais e emocionais, no âmbito institucional ou fora dele. Compreende a formação profissional, a qualificação, a requalificação, a especialização, o aperfeiçoamento e a atualização. Tem o objetivo de melhorar e ampliar a capacidade laboral do trabalhador, em função de suas necessidades individuais, da equipe de trabalho e da instituição em que trabalha”.

Ainda sobre a educação e a formação profissional em saúde, na Nob-RH/SUS, em seus princípios e diretrizes da Política de Desenvolvimento do Trabalhador do SUS, há a defesa pela qualidade da atenção à saúde com formação de pessoal específico, com domínio de tecnologias que qualifiquem a atenção individual e coletiva. A exigência por novos perfis profissionais estende-se à obrigatoriedade do comprometimento das instituições de ensino, em todos os níveis, com o Sistema Único de Saúde e com o modelo assistencial definido nas Leis nº. 8080/90 e nº. 8142/90, por meio da formulação de diretrizes curriculares que contemplem as prioridades expressas pelo perfil epidemiológico e demográfico das regiões do País; da implementação de política de capacitação de docentes orientada para o SUS; da formação de gestores capazes de romper com os atuais paradigmas de gestão; e da garantia de recursos necessários ao desenvolvimento do ensino, pesquisa e extensão. Esta formação deverá ocorrer, prioritariamente, nas instituições públicas de ensino (BRASIL, 2003).

Neste item estão as atribuições e responsabilidades dos gestores de saúde municipais, estaduais e federal e do Ministério da Educação sobre a Política de Desenvolvimento do Trabalhador para o SUS, assim como as atribuições e competências das três esferas de gestão do sistema para com a educação permanente potencializando a integração entre a educação e o trabalho alicerçados à regulação. A Nob-RH/SUS também apresenta os princípios e diretrizes para a Política de Saúde Ocupacional para Trabalhador do SUS e para o Controle Social da Gestão do Trabalho no SUS. Junto a esta construção coletiva na esfera do trabalho em saúde, a educação, também em saúde, institui os seus processos de transformação com vistas à mudança curricular e adequação dos perfis profissionais às necessidades do SUS.

Apesar do aspecto positivo de sua formulação, de forma efetiva e operacional, a Nob-RH/SUS, não se configurou como um instrumento de mudança ideológica na gestão e desenvolvimento dos trabalhadores, pois a maioria dos estados e municípios não possuía arcabouço estrutural técnico, político, jurídico e financeiro para implantar as diretrizes propostas pelo documento.

Importante destacar que a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (Sgtes), em 2003, a partir da reestruturação do Ministério da Saúde, a área de recursos humanos que se encontrava a cargo de uma coordenação geral no terceiro escalão passa a ter status de primeiro escalão. Essa medida reafirma a relevância da área de recursos humanos para o desenvolvimento da Política Nacional de Saúde. A Sgtes tem por desafio buscar o equacionamento dos problemas existentes na área e de definir po-

líticas no campo da gestão do trabalho e da educação para o efetivo desempenho do SUS de forma articulada com as instâncias federativas gestoras do sistema. Mais ainda, de assumir, entre outros, papel estratégico nas diretrizes intersetoriais que envolvam o desenvolvimento de uma Política Nacional de Recursos Humanos em Saúde – PNRHS (PIERANTONI, 2008).

AS POLÍTICAS DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE NA BAHIA

Não diferente do cenário nacional, em 2007, a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, após a assunção de um governo progressista, que dentre outras propostas, previa um conjunto de ações para valorização dos trabalhadores, vivencia um processo de reestruturação administrativa pelo qual institucionaliza os campos da gestão do trabalho e educação na saúde, alçando as referidas áreas a posições estratégicas na gestão da saúde, objetivando a garantia do acesso e direito à saúde dos baianos.

Como primeira medida para identificar as demandas e necessidades dos trabalhadores, propôs-se a realização de um diagnóstico dos problemas que transversalizavam os referidos campos.

A problemática em torno da gestão dos trabalhadores da saúde, referia-se a questões que vão desde a reorientação da formação dos profissionais de saúde e da necessidade de qualificação, passando pelas péssimas condições de trabalho, longas jornadas, má remuneração dos trabalhadores, precariedade dos vínculos entre outros, ganha mais visibilidade, haja vista a ausência de reflexão e diagnósticos que subsidiem a tomada de decisão e definição de estratégias para mudanças, pelos gestores no estado da Bahia (BAHIA, 2012).

No que concerne à educação na saúde, os problemas relacionam-se a compreensão sobre educação permanente em saúde; oferta e acesso a processos educativos e formativos; financiamento; processos e fluxos administrativos; produção científica e tecnológica; incorporação de novas tecnologias, incluindo os processos pedagógicos; ordenamento e regulação da formação; integração educação-trabalho; articulação dos processos educativos e politização em defesa do SUS na Bahia (BAHIA, 2012).

O momento favorável, visto que a gestão democrática e a participação foram referendadas pelos gestores da Sesab, e compreendendo que as ações para a superação dos problemas encontrados foram consideradas prioridade, foi então formulada, em 2008, a Política Estadual de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde do SUS-BA (Pegtes), desenvolvida sob a coordenação da Superintendência de Recursos Humanos da Sesab - Superh¹ (PINTO, TEIXEIRA, 2011).

1 - A estrutura organizacional da Superh contempla uma Diretoria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde - Dgets, uma Diretoria de Administração de Recursos Humanos - DARH e duas Escolas do SUS, Escola Estadual de Saúde Pública Professor Francisco Peixoto de Magalhães Netto – Eesp e a Escola de Formação Técnica em Saúde Professor Jorge Novis - Efts.

A política no esforço de fortalecer a gestão descentralizada e participativa estava pautada em quatro diretrizes: Implementação e consolidação de um sistema descentralizado de Gestão de Pessoas; Estruturação e Regionalização da Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde; Desenvolvimento de processos educativos para trabalhadores de nível médio e Desenvolvimento de processos educativos para trabalhadores de nível superior (RAMOS, et al., 2009).

Mesmo com os avanços obtidos com a Pegtes, no ano de 2012, fez-se necessária a revisão da então política, que passou a denominar-se Política Estadual de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde do SUS/Ba – Pegtes. Alguns desafios ainda precisavam ser superados e outros foram apontados no desenvolvimento da gestão. Para implementação da mesma foram propostas cinco linhas de ação: Regionalização e Descentralização da Política de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde; Consolidação da Educação na Saúde; Consolidação do Trabalho em Saúde; Gestão e Qualificação do Sistema de Informação para Gestão do Trabalho e Educação na Saúde e o Desenvolvimento de Estratégias de Comunicação (BAHIA, 2012).

A implantação dos Núcleos de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (Nugtes) na Sesab, propondo ações para mudar práticas, democratizar as relações da gestão, foi proposto na Pegtes, como uma estratégia para contribuir com os processos organizativos do trabalho e com a integração da rede de ensino-trabalho. Propõe a valorização do trabalho e dos trabalhadores, estimula práticas de promoção da autonomia, despreciação dos vínculos, protagonismo e valorização dos sujeitos visando a transformação dos processos de trabalho.

APONTAMENTOS TEORICO-CONCEITUAIS QUE SUBSIDIARAM A IMPLANTAÇÃO DOS NUGTES

Ao longo das décadas as questões relativas aos trabalhadores de saúde eram tratadas ao interior do que se denominava “área de recursos humanos em saúde (RHS)”. A compreensão que esses trabalhadores não devem ser considerados como meros recursos materiais/ financeiros, mas como sujeitos que transformam a sua prática e o seu conhecimento no cotidiano do trabalho (PAIM,1994), levou a crítica e afastamento desta noção para valorização das ações relativas à gestão do trabalho e valorização da força de trabalho em saúde no Brasil, destaca-se como campo de enfrentamento dos problemas do Sistema Único de Saúde (SUS). O avanço do SUS, particularmente quanto às diretrizes da descentralização e de ampliação da cobertura das ações e serviços de saúde, mas alguns problemas persistem (PIERANTONI, 2013).

Para a consolidação do SUS, deve-se reconhecer a importância da força de trabalho da saúde para desenvolvimento das ações de promoção,

proteção, recuperação ou reabilitação. Entendendo que esses trabalhadores não devem ser considerados como meros recursos materiais/ financeiros, mas como sujeitos que transformam a sua prática e o seu conhecimento no cotidiano do trabalho (PAIM, 1994).

O espaço do trabalho em saúde não é isento de contradições, imprevisibilidade e conflitos, de forma que se coloca, continuamente, a necessidade de desenvolver competências, habilidades e compromissos entre os trabalhadores da saúde que permitam enfrentar a complexidade que envolve a dinâmica do processo saúde-doença-cuidado. Logo, levando em consideração a complexa natureza do trabalho em saúde, não podem ser encarados como máquinas, instrumentos ou qualquer tipo de insumos que podem ser otimizados (BOURGUIGNOM, et al, 2003).

O trabalhador da saúde é compreendido como sujeito-agente quando na realização das ações do seu exercício profissional, no cotidiano do fazer técnico, produtor direto, sendo sujeito “pleno da sua ação”. Mas também como sujeito-subordinado, quanto força de trabalho subordinado a organização social da produção e distribuição do setor saúde (PEDUZZI e SCHRAIBER, 1993).

O Ministério da Saúde, a partir da implantação da Sgtes em 2003, contribuiu para a disseminação de diretrizes da política de Recursos Humanos em Saúde, capazes de induzir mudanças na gestão das secretarias estaduais e municipais de saúde. Para tanto, passou a realizar investimentos técnicos, financeiros, políticos para qualificação da gestão e na capilarização de uma política de gestão do trabalho e da educação na saúde (PIERANTONI, 2008).

No Brasil, a mudança da concepção de gestão/ gerenciamento dos RHS para gestão do trabalho, perpassa pelo desenvolvimento da ampliação do referencial teórico, discussão do processo de trabalho em saúde e relações de trabalho. Permitindo a ampliação dos objetos relacionados, a participação dos trabalhadores/ profissionais na atenção e gestão em saúde, na sua formação e educação permanente (PEDUZZI, 2013).

A compreensão sobre a Gestão do Trabalho perpassa pelas relações de trabalho, participação do trabalhador como sujeito e agente transformador de seu ambiente, fluxos e processos de trabalho. Onde o trabalho em saúde permite a co-responsabilização, a co-participação, trocas de experiências, a criatividade, enriquecimento e comprometimento mútuos (MERHY e FRANCO, 2009).

O setor público de saúde nos diferentes níveis de governo se faz responsável pela ordenação da formação dos trabalhadores da saúde, da regulação profissional, implantação dos Planos de Carreira, Cargos e Vencimentos, Espaços de Negociação Permanentes, Política de Educação Permanente, Política de Saúde do Trabalhador da Saúde, Desenvolvimento de Processos Educativos para mudanças de fluxos e processos de trabalho, Gestão dos Sis-

temas de Informação de Recursos Humanos em Saúde e criação de condições adequadas de trabalho. Esse conjunto de ações nos mostra o quanto complexo se faz a Gestão do Trabalho e Educação na Saúde.

A qualificação dos Recursos Humanos em Saúde, permite um diferencial competitivo no mercado de trabalho. Para desempenhar as funções/atividades, as diversas categorias profissionais precisam se apropriar do conhecimento técnico específico. Essa formação visa a garantir a eficiência e a eficácia dos projetos e propostas institucionais (MENDONÇA, 2010).

Na perspectiva da gestão do trabalho, os processos de capacitação devem ser estruturados através da problematização dos processos de trabalho, na lógica da denominada Educação Permanente em Saúde, compreendendo que o aprender e o ensinar se configuram no cotidiano das organizações e do trabalho. Pensar a Educação Continuada com foco na capacitação com conteúdo padronizados, com carga horária definida e centralizada se contrapõe à Educação Permanente em Saúde que se propõe a transformar as práticas profissionais e a organização do trabalho (CADERNOS RH, 2006).

A formação de profissionais de saúde no Brasil, como em outros países, passou a ser objeto de análise e reflexão nas últimas décadas do século XX e na primeira do século XXI, no sentido das possibilidades de resposta às necessidades de saúde da sociedade brasileira. As influências da incorporação tecnológica e da lógica de mercado na área da saúde atuam na nossa sociedade na direção do modelo biomédico, centrado no profissional médico e na valorização dos procedimentos, elegendo o hospital como espaço privilegiado para a formação dos profissionais.

A fragmentação do ensino em disciplinas, a organização da academia ou serviços em departamentos, a extrema divisão técnica do trabalho e a dicotomia entre teoria/prática têm contribuído, de modo expressivo, para a valorização da especialização, perda da racionalidade integradora, do pensamento complexo e do cuidado integral à saúde (CONASEMS, 2008). Uma aliança entre trabalho e educação, que reconheça que tanto os processos de formação como os de trabalho produzem conhecimento técnico-político, deve balizar o compromisso social das instituições formadoras e uma nova participação do SUS na formação dos profissionais de saúde (CONASEMS, 2008). A integração entre as esferas da educação e do trabalho na saúde pressupõe, inicialmente, a identificação dos atores que as constituem, bem como estes mesmos atores atuam em suas instâncias de ação e interagem tendo em vista a satisfação de suas necessidades.

A Educação Permanente em Saúde destaca-se como indutora dos processos de democratização institucional, do desenvolvimento da capacidade de aprendizagem, do desenvolvimento de capacidades docentes e de enfrentamento criativo das situações, do favorecimento da aproximação entre as instituições formadoras e as ações e serviços de saúde; do desenvol-

vimento de condições de crítica e reflexão sistemática; do estímulo ao fortalecimento do movimento por mudanças na formação; e da introdução de mudanças pontuais nos modelos hegemônicos de formação e cuidado em saúde, trabalho em equipes matriciais, melhora permanente da qualidade do cuidado à saúde, e constituição de práticas técnicas críticas, éticas e humanísticas (CADERNOS RH, 2006).

As práticas educativas deixam de ter aspecto puramente pedagógico, transformando-as em elemento de mudança do processo de trabalho em saúde. Logo, o trabalho propicia a reflexão sobre a organização dos serviços de saúde e a educação é vista como elemento de crítica e de construção do processo de aprendizagem, a partir das necessidades e problemas cotidianos do serviço, visando induzir mudanças institucionais (LOPES et al., 2007).

Nas unidades de saúde, ainda se desenvolve uma gestão baseada na administração clássica influenciando no modelo de administração e organização do trabalho na saúde. Nas instituições hospitalares observa-se a segmentação da gestão nos seus principais grupos: médicos, enfermagem e o corpo administrativo. Essa fragmentação repercute na gestão e na organização do processo de trabalho fragilizando-os. Além disso, o campo de disputas desses grupos profissionais altamente qualificados e com grande autonomia de trabalho, faz com que tais trabalhadores não se subordinem às chefias superiores ou a uma direção (MATOS e PIRES, 2006).

Porém, o trabalho em saúde pela sua complexidade, vem desenvolvendo novas estratégias para a realização de suas ações. Tendo a formação de redes, onde há o estabelecimento ligações horizontais, como contraponto da formação piramidal estabelecida pela administração clássica. Essas ligações se dão nas diversas esferas da estrutura se valendo das relações existentes entre os sujeitos-trabalhadores. Estabelecendo uma corresponsabilidade, circulação das informações, formação de seus membros, solidariedade entre os membros, autonomia, democracia, rapidez de comunicação que são condições que corroboram para o estabelecimento da rede em si (WHITAKER, 1993).

A ESTRATÉGIA DE GESTÃO DO NUGTES

O Nugtes foi proposto como núcleos a serem conformados nas unidades da rede própria sob gestão direta e nos Núcleos Regionais de Saúde (NRS). Trata-se de uma proposta que visa integrar, de forma colegiada, os setores de Recursos Humanos, de Pessoal, de Saúde do Trabalhador, de Educação na Saúde, de Ensino e Pesquisa, de Humanização e quaisquer outros setores que lidem com as ações de gestão do trabalho e educação na saúde, com vistas à descentralização, desconcentração e democratização das ações, possibilitando autonomia e co-responsabilização dos sujeitos em seus processos de trabalho (BAHIA, 2013).

Desde a implantação dos Núcleos, em 2010, poucos foram os estudos que avaliassem sua implantação ou que analisassem seus componentes. Neste sentido, a elaboração deste capítulo faz-se necessário pois permitidiscorrer sobre o processo de implantação dessa estratégia, objetivando refletir sobre o percurso, avanços e desafios deste dispositivo no fortalecimento e consolidação da gestão do trabalho e educação na saúde no âmbito local do SUS da Bahia.

Em cada unidade da Sesab, os setores de Recursos Humanos, de Pessoal, de Saúde do Trabalhador, de Educação Permanente e/ou Educação na Saúde, de Ensino e Pesquisa, de Humanização e quaisquer outros setores que lidem diretamente com o processo de gestão do trabalho e educação na saúde, devem integrar os Nugtes.

Concomitante a implantação dos Nugtes, a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia desenvolveu, a partir da interlocução com os componentes da Rede de Integração da Educação e Trabalho na Saúde, uma proposta de constituição e/ou fortalecimento dos, então chamados, Núcleos de Gestão de Pessoal e Educação Permanente em Saúde (NGPES), através da Escola Estadual de Saúde Pública, cuja principal ferramenta para a conformação destes é o Curso de Especialização em Gestão do Trabalho e Educação Permanente em Saúde. Estes núcleos vêm atender à necessidade de qualificação de quadros gerenciais que possam conduzir processos políticos de dimensionamento, planejamento, qualificação e valorização dos trabalhadores de saúde, repercutindo na sua vinculação com o SUS. Para tanto, a proposta de curso de especialização mencionado centra-se na qualificação técnica, teórica, política e pedagógica dos profissionais cuja atuação guarde estreita relação com o processo de gestão local dos núcleos de gestão de pessoal e educação permanente em saúde.

Ainda na rede de serviços, mesmo reconhecendo a importância dos processos educativos, a gestão do trabalho acaba sendo priorizada deixando as práticas educativas, também demandas desses núcleos e dos setores de recursos humanos, relegados ao esquecimento, corroborando com o não cumprimento pelo SUS, da responsabilidade em ordenar a formação. Este fato é evidenciado pela necessidade em nomear os responsáveis pela educação permanente nas unidades, bem como o seu objeto de trabalho, ou seja, os processos educativos e formativos em saúde. Confirmando esta perspectiva, a rede de ensino solicita o fortalecimento destes setores e em alguns casos, mesmo existindo, nem os percebem, ao afirmarem que não foram implantados. Ao reconhecer estes obstáculos enfrentados pela rede na gestão do trabalho e dos processos de educação permanente, que se defende a potencialidade dos núcleos de gestão de pessoal e educação permanente em saúde como espaços onde as duas pautas, gestão do trabalho e educação em saúde, circularão tendo, cada uma, profissionais responsáveis equilibrando a relação de forças entre o trabalho e a educação, no esforço contínuo de integração destas esferas.

O modelo lógico do Nugtes foi desenvolvido direcionado pelas seguintes etapas: coleta de informações sobre o Núcleo; definição clara do problema/objeto da intervenção; identificação dos componentes do programa: objetivos, ações/atividades e resultados. Esse modelo também facilita a visualização dos fluxos e a relação de encadeamento entre eles. O modelo foi realizado em forma de diagrama, com identificação diferenciada por cores de cada objetivo.

Como dimensões temos: a) estrutural, b) processual e c) gerencial. A dimensão estrutural foi constituída pelas subdimensões: adequação da estrutura – física, dinâmica de funcionamento, normatização e disponibilidade de pessoal. A dimensão processual por duas subdimensões a Gestão do Trabalho e a Educação na Saúde. Por último a dimensão gerencial não possui subdimensões.

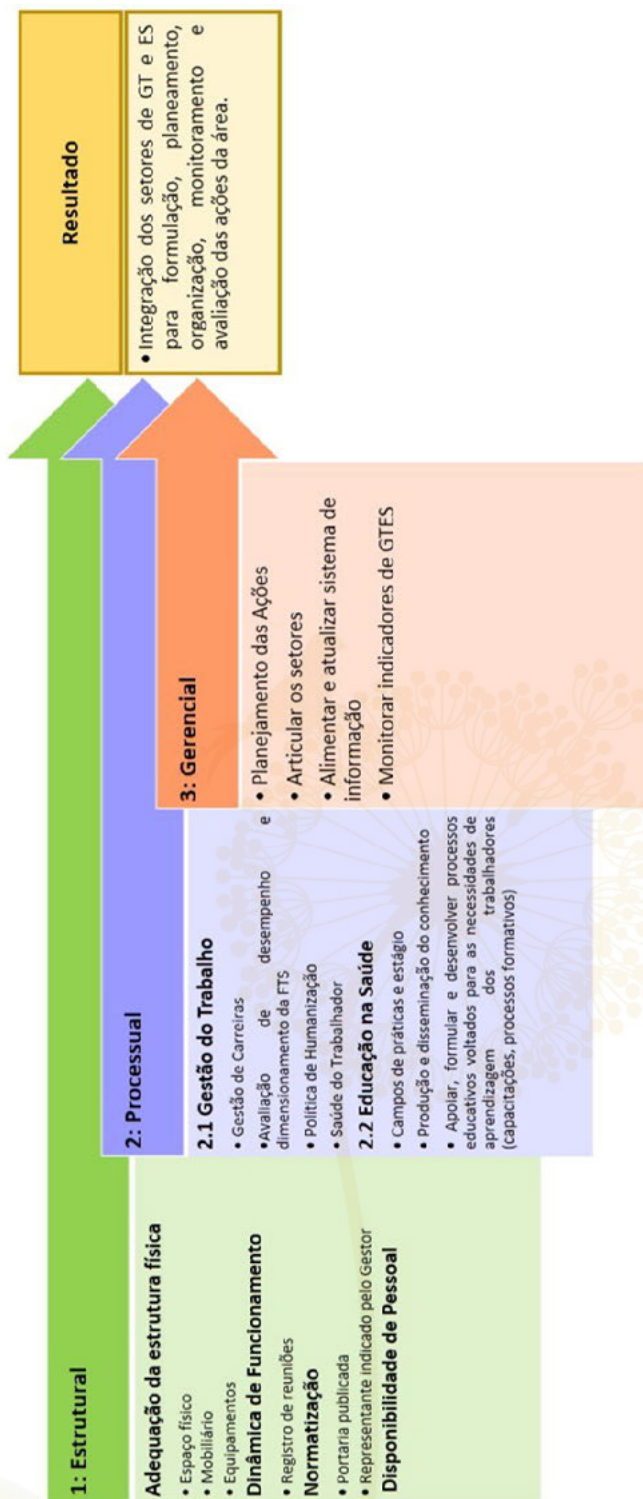


Figura 1 – Modelo Lógico de Implantação do Nugtes

Essa estratégia está inserida nos instrumentos de gestão e planejamento da Sesab, desde 2008. Sendo importante destacar, que concorrendo com outras 130 experiências de todo país, a Sesab, conquistou o Prêmio Inovasus – Gestão do trabalho para valorização de boas práticas e inovação na gestão do trabalho na Saúde, no ano de 2011, através da estratégia do trabalho intitulado: Implantação/ Implementação dos Núcleos de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, essa ação foi referenciada como uma Inovação Nacional da Gestão do Trabalho e Educação na Saúde.

Como estratégia para condução das ações de implantação e implementação dos Núcleos foi conformado o Grupo Gestor do Nugtes, em setembro de 2011. Esse atuava de forma colegiada, e tinha como objetivo definir as estratégias e diretrizes, apoiar, assessorar e monitorar as ações dos Nugtes no âmbito da gestão estadual. O Grupo Gestor foi constituído por representantes da Superintendência de Recursos Humanos da Saúde: Assessoria Técnica, Coordenação Técnica, Diretoria de Administração de Recursos Humanos - DARH, Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde - Dgtes, Escola Estadual de Saúde Pública - Eesp, Escola de Formação Técnica – Efts, as duas escolas do SUS, que atualmente conformam a Escola Estadual de Saúde Pública da Bahia – Espba (BAHIA, 2013).

Como estratégia para implantar os Núcleos, foram realizadas 14 reuniões do GG do Nugtes ao longo de 02 anos, entre 2011 e 2012, que objetivava realizar um alinhamento entre os atores que compunham este espaço, planejar as ações a serem implementadas e propor formas para monitoramento da implantação dos referidos setores nas unidades da rede Sesab.

O grupo gestor dos Nugtes era reconhecido pelos gestores da Superh como indutores e apoiadores para sua implantação. Foram propostos pelo Grupo Gestor, o desenho de apoio institucional e da rede solidária, apresentando-se como metodologia da gestão, para superação das formas tradicionais de se estabelecer relações e de exercitar as funções gerenciais. Proposta que se pautava no princípio de que a gerência/gestão acontece numa relação entre sujeitos, e que o acompanhamento/coordenação/condução (apoio) dos serviços/equipes deve propiciar relações construtivas entre esses sujeitos, que têm saberes, poderes e função social diferenciados.

Produtos importantes foram realizados pelo GG, como a sistematização dos diagnósticos situacionais, que abordaram as seguintes questões: ações atualmente realizadas pelas unidades, definição das ações prioritárias e levantamento das necessidades de infraestrutura para implantação dos núcleos. A consolidação e análise foram apresentados durante as oficinas. Bem como, a conquista do prêmio Inovasus do Ministério da Saúde, ano 2012, que proporcionou um recurso financeiro, que por decisão do GG e gestores, foi utilizado para compra de equipamentos para os Nugtes.

Finalmente, cabe destacar que o estudo de Monção (2015) que investigou a avaliabilidade dos Nugtes na Sesab, no período de 2010 a 2013 na Bahia, identificou que os principais problemas na implantação dos Nugtes estavam relacionados à adequação da estrutura envolvendo elementos como espaço físico e quantitativo de pessoal, além de dificuldades na regularidade do funcionamento dos núcleos, com realização de reuniões periódicas e planejamento conjunto para otimização dos recursos, como também, monitorando e avaliando as ações desenvolvidas. A falta de um sistema de informações que identifiquem as necessidades formativas e do trabalho foi apontado como um problema relevante a ser superado. Destacou-se também, em algumas unidades, a falta de recursos financeiros para elaborar projetos de capacitação com docentes convidados. O estudo recomendou a configuração dos núcleos em rede, de forma a propiciar o estreitamento das relações, compartilhamento das principais dificuldades e facilidades ajudando a superação do desafio de implementar o Nugtes.

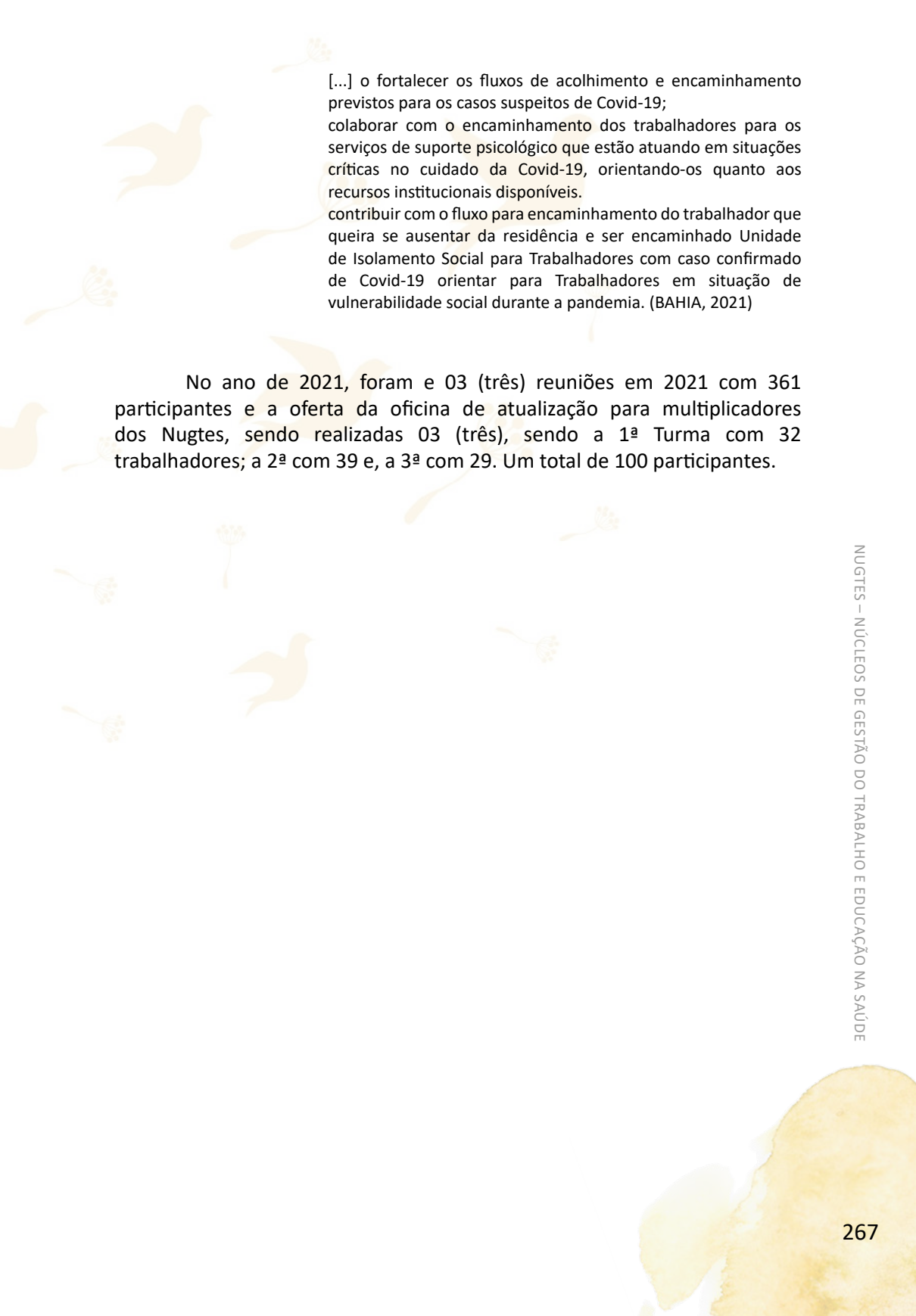
A CRENÇA E PERSISTENCIA EM MANTER A REDE DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE VIVA: OS NUGTES NA ATUALIDADE

Na atualidade, 29 unidades da rede própria conta com a estruturação dos Nugtes, o qual busca discutir e definir um conjunto de ações e estratégias transversais que contemplem a gestão, educação, humanização, a saúde e segurança do trabalhador.

Para tanto, mesmo com o cenário instituído pela pandemia, impedindo os encontros presenciais, a rede Nugtes manteve-se protagonistas nas discussões relacionadas às problemáticas do mundo do trabalho e as implicações que o novo momento exigia. Mesmo assim, foram realizadas 04 reuniões em 2020, com a participação total de 455 trabalhadores.

É importante destacar que no ano de 2020, o contexto levou a paralização da pauta de discussões pensadas para o referido ano e deu enfoque, junto a outros coletivos no desenvolvimento de ações de cuidado ao trabalhador no contexto da pandemia pela Covid-19, entre as quais, a o preenchimento do instrumento de monitoramento de casos suspeitos e confirmados entre os trabalhadores da Sesab em exercício nas unidades da rede.

Entre outras ações previstas no Plano de Contingência para trabalhadores da Sesab - Covid-19 coube aos Nugtes;



[...] o fortalecer os fluxos de acolhimento e encaminhamento previstos para os casos suspeitos de Covid-19; colaborar com o encaminhamento dos trabalhadores para os serviços de suporte psicológico que estão atuando em situações críticas no cuidado da Covid-19, orientando-os quanto aos recursos institucionais disponíveis. contribuir com o fluxo para encaminhamento do trabalhador que queira se ausentar da residência e ser encaminhado Unidade de Isolamento Social para Trabalhadores com caso confirmado de Covid-19 orientar para Trabalhadores em situação de vulnerabilidade social durante a pandemia. (BAHIA, 2021)

No ano de 2021, foram e 03 (três) reuniões em 2021 com 361 participantes e a oferta da oficina de atualização para multiplicadores dos Nugtes, sendo realizadas 03 (três), sendo a 1ª Turma com 32 trabalhadores; a 2ª com 39 e, a 3ª com 29. Um total de 100 participantes.

REFERÊNCIAS

BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Superintendência de Recursos Humanos. Política Estadual de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do SUS Bahia. Salvador: Sesab, 2012.

_____. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Superintendência de Recursos Humanos da Saúde. Núcleos de gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – NUGTES. Salvador: Sesab, 2013.

BOURGUIGNON, D. R. et al. Recursos humanos em saúde: reflexões sobre o cotidiano do SUS que temos e as possibilidades do SUS que queremos. Saúde debate, v. 27, n. 65, p. 310-315, 2003.

_____. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

_____. 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 União, Brasília, DF, 20 set. 1990.

_____. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, v. 24, 31 dez. 1990.

_____. Ministério da Saúde (MS). Cadernos RH saúde/Ministério da Saúde, coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS – CGDRH/SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 1993; 1(1):60.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Princípios e Diretrizes para Nob/RH-SUS / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – 2. ed., rev. e atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Documento Base da 3a Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde trabalhadores de Saúde e a Saúde de Todos os Brasileiros: práticas de trabalho, gestão, formação e participação Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Cadernos RH Saúde. – v. 3, n. 1 (mar. 2006), Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Vigilância em Saúde/Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2011. 113 p. (Coleção para Entender a Gestão do SUS 2011, 6, II).

LOPES, S.R.S. et al. Potencialidades da educação permanente para a transformação das práticas de saúde. Comun.Ciênc. Saúde, v. 18, n. 2, p. 147-155, 2007.

MATOS, E., & PIRES, D Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor

aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*, v. 15, n. 3, p. 508-14, 2006.

MERHY, E.E.; FRANCO, T.B.; Trabalho em saúde In: PEREIRA I. B.: LIMA, J.C.F. (Orgs). *Dicionário da educação profissional em saúde*. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009, p. 278-284.

MENDONÇA, MHM et al Desafios para gestão do trabalho a partir de experiências exitosas de expansão da Estratégia de Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.15, n. 5, p. 2355-2365, 2010.

MONÇÃO, L. B. Núcleo de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde - Nugtes: um estudo de avaliabilidade. Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia: Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional da Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Salvador: 2015.

PEDUZZI, M. Work and education in health: broadening the human resources approach. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.18, n. 6, p. 1539-1541, 2013.

PAIM J.S. Recursos Humanos em Saúde no Brasil: problemas crônicos e desafios agudos. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/USP, 1994. 80p.

PIERANTONI, C. R, et al. “Políticas de recursos humanos no sistema de saúde brasileiro: estudo avaliativo.”, 2013

_____.Gestão do trabalho e da educação em saúde: recursos humanos em duas décadas do SUS 689. *PhysisRevista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, p. 4, p. 685-704, 2008.

PINTO I.C.M. e TEIXEIRA C.F. Formulação da Política de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde: o caso da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia, Brasil, 2007-2008. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 9, p. 1777-1788, set. 2011

RAMOS, A.S et al. Política de Gestão do Trabalho e Educação Permanente na Bahia: O SUS é uma escola. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v..33, n.1, jan./mar, 2009.

SCHRAIBER, L. B.; PEDUZZI, M. Tendências e Possibilidades da investigação de recursos. *EducMedSalud*, v. 27, n. 3, 1993.

VIEIRA, M.; DURÃO, A. V.; LOPES, M. R. Para além da comunidade: trabalho e qualificação dos agentes comunitários de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

WHITAKER, F. Rede: uma estrutura alternativa de organização. *Revista Mutações Sociais*. Rio de Janeiro:Cedac, Ano 2, n. 3, mar./abr./ma.1993.

CAPÍTULO 13

*Alba da Cunha Alves
Jamilly Souza Ribeiro
Larissa Daiane Vieira Barros
Luciana Santos Chaves
Patrícia Dantas Araújo
Tiago Parada Costa Silva*

Estratégias para construção de uma gestão pública democrática e participativa: a experiência do MobilizaSUS/BA

Eu sou um intelectual que não tem
medo de ser amoroso. Amo as gentes e amo o mundo.
E é porque amo as pessoas e amo
o mundo que eu brigo para que
a justiça social se implante antes da caridade.

Paulo Freire

ESTRATÉGIAS PARA CONSTRUÇÃO DE UMA GESTÃO PÚBLICA DEMOCRÁTICA E PARTICIPATIVA: A EXPERIÊNCIA DO MOBILIZASUS/BA

INTRODUÇÃO

A Constituição Federal (CF) de 1988 (BRASIL, 1988) catalisou, como parte do processo de redemocratização, um regime político no qual cidadãos e cidadãos teriam papel ativo e protagônico na gestão pública, por meio da criação de conselhos de gestão, que visam a articulação orgânica entre a democracia formal representativa e dispositivos da democracia direta. Além disso, estabeleceu algumas formas de democracia direta, indo além dos mecanismos da democracia representativa. A expectativa era implantar uma ferramenta harmônica entre a intervenção dos cidadãos nos processos decisórios, concomitante com boas instituições de mediação pública. Entretanto, tal proposição enfrenta contradições históricas para se concretizar (BAQUERO, 2010; ARAUJO, 2014).

No que se refere à Saúde, com a CF/1988 (BRASIL, 1988) e a Lei 8.142/1990 (BRASIL, 1990), representações de organizações da sociedade passam a ser co-participes nos processos de construção efetiva e qualificada de políticas públicas. A Lei 8.142/1990 (BRASIL, 1990), institucionaliza a participação social nas instâncias de deliberação, como os conselhos e conferências de saúde. Por meio da criação desses espaços, cidadãos e cidadãos passariam a ter poder de participar das decisões na implantação e implementação, controle e fiscalização das políticas públicas de saúde.

Assim, a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), exige a aproximação entre a gestão descentralizada, o desenvolvimento da atenção integral à saúde e o fortalecimento da participação popular, com poder deliberativo, o que requer a ampliação de espaços públicos e coletivos para o exercício do diálogo e da pactuação das diferenças (BRASIL, 2007a), bem como o fortalecimento desses atores através de processos formativos e educativos.

Compartilhando esses ideais, a partir de 2003, com a eleição do Partido dos Trabalhadores para o governo federal e de muitos governos comprometidos com os movimentos sociais em municípios e estados, criam-se no Brasil condições institucionais favoráveis para uma maior participação dos movimentos sociais na construção e implementação da política pública de saúde. Nesse período, é criado o Departamento de Gestão Estratégica e Participativa da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (Sgep) e em 2007, é instituída a Política de Gestão Participativado SUS – a ParticipaSUS (BRASIL, 2007a), que afirma a importância da promoção da educação popular, da capacitação de lideranças, conselheiros, entidades de classe e movimentos populares articulados para o fortalecimento da gestão participativa, inserindo a participação popular e o controle social nas políticas públicas.

Ainda em 2006, o Conselho Nacional de Saúde aprovou a Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no SUS buscando fortalecer os conselhos de Saúde como protagonistas na formulação, fiscalização e deliberação da política de Saúde nas três esferas de governo (BRASIL, 2007). Esses fatos revelavam o esforço que foi desenvolvido no âmbito institucional para a criação de condições favoráveis ao exercício da participação social, do controle social e da gestão participativa.

Na Bahia, o tema da participação e controle social no SUS compõe a agenda política desde a época de implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds), em 1987 (PAIM, 1989), quando se criou o Conselho Estadual de Saúde. Ao longo do processo de implementação do SUS no estado, durante os 90 anos do século passado, desenvolveu-se o processo de criação dos conselhos de Saúde e realização das conferências de Saúde. Em 2007, assume a condução do Estado um conjunto de atores comprometidos com a gestão participativa, o que possibilitou a reinserção da temática da participação social e do controle social nos instrumentos de gestão estadual ¹ (BAHIA, 2009a).

Nesse contexto, a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, por meio da Superintendência de Recursos Humanos e Diretoria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – Dgtes, comprometida com a democratização do Sistema Único de Saúde, desenvolveu de 2008 a 2015, um projeto para o “Fortalecimento do controle social e da gestão democrática e participativa do SUS-Bahia – MobilizaSUS” – que contemplava um conjunto de ações educativas dirigidas à formação de articuladores regionais e facilitadores municipais, conselheiros municipais de Saúde, militantes de movimentos sociais e estudantes de ensino médio e superior, visando ao fortalecimento do processo de gestão participativa e controle social do SUS.

Esse capítulo pretende resgatar a experiência do desenvolvimento desse projeto desde seu surgimento, implantação/implementação, constituição da rede de articuladores e facilitadores do MobilizaSUS, articulações e processos educativos desenvolvidos bem como o legado deixado nos diversos âmbitos, institucionais e sociais, com êxito reconhecido em premiações nacionais e internacionais: prêmio Sergio Arouca de Gestão Participativa²

1 - O 1º Plano Estadual de Saúde do estado da Bahia, elaborado no governo de Waldir Pires, para o período de 1988-1991, traz como marca da política estadual de saúde adotada em 1987 e como um dos resultados mais expressivos da implantação do Suds na Bahia a democratização da programação, da gestão e do controle das atividades de governo, abrindo canais de participação para a comunidade e os próprios servidores da área da saúde, com a constituição do Conselho Estadual de Saúde (Ces)/BA e estímulo a criação dos Conselhos Municipais de Saúde, bem como a realização da I Conferência Estadual de Saúde (Conferes) (PAIM, 2002)

2 - O Prêmio Sérgio Arouca de Gestão Participativa no SUS, instituído pela PORTARIA Nº 836/GM de 2de junho de 2005, tem por objetivo incentivar a gestão participativa, de acordo com as diretrizes da ParticipaSUS, por meio do reconhecimento, da premiação e da divulgação de trabalhos que relatem e analisem experiências bem-sucedidas de gestão participativa em serviços, organizações ou sistemas de saúde, e de trabalhos acadêmicos sobre o tema da gestão participativa no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2005b)

(2011), prêmio Victor Valla de Educação Popular em Saúde³ (2012).

SURGIMENTO DO PROJETO MOBILIZASUS

O projeto MobilizaSUS surgiu na Bahia dentro de um contexto histórico e político singular. Como colocado acima, o rearranjo das forças políticas no âmbito estadual, nas eleições de 2006, representou uma novidade no cenário político baiano no que concerne ao tema da participação social. Vários fatos ocorridos neste período reforçam essa ideia. Um é a criação da Secretaria de Promoção da Igualdade – Sepromi ainda no período de transição do governo, sendo esta a “primeira secretaria de estado no Brasil a tratar de políticas públicas para mulheres, negras e negros” (BAHIA, 2010c). Outro é a realização do Planejamento Plurianual - PPA participativo que resgata e valoriza o desenho dos Territórios de Identidade⁴, com o objetivo de “debater e propor políticas públicas indutoras para o desenvolvimento integrado de longo prazo do território” (BAHIA, 2009b).

Isso possibilitou a inclusão do compromisso: “Gestão estratégica, participativa e efetiva do SUS-Bahia” (BAHIA, 2009a, p. 60) na Agenda Estratégica da Saúde de 2007 (BAHIA, 2007a) e no Plano Estadual de Saúde (PES) 2008 - 2011, elaborado no período entre 2007 e 2008 (BAHIA, 2009a). Como uma das ações estratégicas para o alcance desse compromisso, surge o projeto MobilizaSUS, com o subtítulo de “estratégias para o fortalecimento do controle social e gestão democrática e participativa e no SUS-BA” (BAHIA, 2010a). Vinculado à Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (Dgtes), da Superintendência de Recursos Humanos (Superh/Sesab), tal projeto tinha o objetivo de implementar nas regiões de saúde uma “rede de educação permanente e espaços de socialização e debate para gestão democrática e controle social” (BAHIA, 2009a).

No PES de 2012-2015 (BAHIA, 2012a), o Projeto MobilizaSUS aparece citado enquanto uma entrega/iniciativa da ação “Mobilização e Participação Social” no “Compromisso 11 – Fortalecer o controle social em saúde, com gestão democrática e participativa e ampliação dos canais de diálogo com a sociedade, para a consolidação do SUS-BA”, com um conjunto de outras iniciativas, como: “ampliação dos canais de diálogo e de comunicação com a sociedade civil; formação de redes solidárias para o fortalecimento da participação popular nas políticas de saúde; educação para o fortalecimento da

3 - O Prêmio Victor Valla de Educação Popular em Saúde, instituído pelo Edital n.3, de 2 de agosto de 2011, pela SGE/MS, objetiva fomentar, reconhecer e premiar iniciativas de EPS realizadas em diálogo com organizações e atores da sociedade civil, voltadas ao enfrentamento dos determinantes sociais da saúde, em especial aquelas que propicie a articulação da cultura e dos saberes e práticas populares com as ações e políticas públicas de saúde (BRASIL, 2001).

4 - “O Governo da Bahia passou a reconhecer, em seu Planejamento Territorial, a existência de 26 Territórios de Identidade, constituídos a partir da especificidade dos arranjos sociais e locais de cada região. Sua metodologia foi desenvolvida com base no sentimento de pertencimento, onde as comunidades, através de suas representações, foram convidadas a opinar” (BAHIA, 2009b)

participação popular e controle social do SUS; qualificação de conselheiros de saúde”.

Segundo Silva (2010), a constituição de tal projeto teria surgido junto ao processo de mobilização para a 7ª Conferência Estadual de Saúde, a partir de propostas elaboradas no “I Seminário Regional Movimentos Sociais e Saúde”⁵, que teve como objetivo “abrir um canal de diálogo com os movimentos populares, estimulando a corresponsabilidade social em defesa do SUS e de seu fortalecimento” (BAHIA, 2007b). Além dessas propostas o projeto também considerou, do âmbito nacional, as Políticas de Educação Permanente para o Controle Social (BRASIL, 2006) e de Gestão Estratégica e Participativa para o SUS (ParticipaSUS), que previam financiamento para ações a elas relacionadas (BRASIL, 2007a).

Assim o MobilizaSUS surge com uma ideia de identificar os movimentos sociais nas regiões de saúde, utilizando a estrutura da Sesab para apoiar suas ações e fazer uma articulação em rede com esses sujeitos, incluindo aí também as referências de trabalhadores e gestores da saúde. E é estruturado, também, como uma via institucional para captação de recursos federais pela gestão estadual, especialmente via portarias ministeriais do ParticipaSUS (ARAUJO, 2014).

Podemos caracterizar o período de formulação do projeto, portanto, como propício à criação e inventividade, com inclusão no processo de gestão, denovidades no âmbito da participação social, o que, evidentemente não se deu sem contradições e alguns conflitos com processos formativos desenvolvidos anteriormente com a temática do controle social (Araújo, 2014).

ATORES ENVOLVIDOS

A implementação do MobilizaSUS teve início com a constituição de uma rede⁶, envolvendo atores⁷ em âmbito estadual e regional, através da realização de processos educativos que permitiram a construção de elos e vínculos com 142 articuladores e 1004 facilitadores (BARROS, 2012). Os atores do nível central da Sesab elaboraram e geriram o projeto, a nível estadual, e também atuavam enquanto educadores quando necessário. Outros atores, fundamentais na implementação do projeto, foram trabalhadores/as das an-

5 - Tal Seminário teria sido realizado para responder a reivindicação de representantes de movimentos sociais de Salvador por maior participação na construção das Políticas de Saúde no governo recém-eleito na Bahia.

6 - A rede estadual seria constituída de Articuladores Regionais das Dires, Direc, Ministério Público e Movimentos Sociais; Ces, Sesab e Sec (BAHIA, 2008d)

7 - Considerando que os “funcionários de governo” podem ocupar no Estado o lugar de um “habitante” comum, que não tem capacidade de decisão ou, ainda, se tornar um sujeito constituído, que pode chegar a ser um “militante político” e até mesmo um “ator social”, com capacidade de interferência na estrutura do Estado (TESTA, 2005; 2007).

tigas Dires⁸ (Diretorias Regionais de Saúde) e Direc (Diretorias Regionais de Educação), representações do Ministério Público e do Conselho Estadual de Saúde, chamados de articuladores/as (ARAUJO, 2014)

Nas Dires, a escolha desses atores se deu a partir de um diagnóstico dessas instâncias realizado pela Superh/Sesab, entre 2007 e 2008, com trabalhadoras/es das áreas técnicas, sendo possível identificar pessoas que trabalhavam com a temática da participação social e controle social nas regiões. Essas pessoas foram convidadas, oficialmente, a se tornarem articuladores/as do MobilizaSUS nas regiões de saúde, assumindo tal função dentro da Dires (BARROS, 2012). Muitos desses atores se tornaram referências do MobilizaSUS pela história que já tinham anteriormente no âmbito da participação e controle social e encontram no projeto uma possibilidade de continuar a desenvolver tais atividades, idéias e sonhos (ARAUJO, 2014)

Os/as articuladores/as tinham as seguintes atribuições: “Articular o processo de formação dos facilitadores de Educação Permanente para o controle social; apoiar os processos desenvolvidos pelos facilitadores; atuar como referência para o controle social e demandas jurídicas; acompanhar e avaliar processos, resultados e impactos; construir indicadores e participar do processo de monitoramento e avaliação” (BAHIA, 2008b, p. 15).

A escolha de facilitadores estava sob a responsabilidade dos/as articuladores/as regionais, a quem cabia identificar, nos municípios, as representações das categorias, atentando-se para a paridade das mesmas (BAHIA, 2010a). Nessa escolha foram considerados representantes de gestores, trabalhadores e usuários (movimentos sociais) da área de saúde, em número de quatro por município, levando-se em conta a paridade dos conselhos de saúde conforme a Lei nº. 8.142/1990 e a Resolução CNS nº. 333/2003 (BAHIA, 2008e).

Segundo o edital de seleção, os “Facilitadores de Educação Permanente para o Controle Social no SUS”, assim denominados no referido documento, teriam como atribuições: desenvolver os processos de educação permanente para os conselhos de saúde; articular junto aos Facilitadores da Educação (professores) e aos movimentos sociais a execução de ações para fortalecimento do controle social que potencializem as políticas municipais de saúde; promover espaços de discussão, em parceria com os Conselhos Municipais de Saúde (CMS), acerca do Direito à Saúde, da participação da comunidade na definição das políticas de saúde e das atribuições/responsabilidades dos CMS; fortalecer a rede Estadual de Educação Permanente para o Controle Social no SUS. Isso se daria a partir da participação em debates

8 - Dires e Direc foram estruturas de regionalizadas da gestão estadual, dotadas de autonomia administrativa, da Secretaria da Saúde e da Secretaria da Educação da Bahia, respectivamente. A partir do primeiro governo de Rui Costa as estruturas citadas foram extintas, tendo sido substituídas por Núcleos Regionais de Saúde (NRS) com diferentes graus de autonomia (Lei Nº 13.204 de 11 de Dezembro de 2014). Já as Direc foram substituídas pelos Núcleos Territoriais de Educação (NTE).

virtuais e presenciais, promovidos pelos atores da rede, da contribuição para a articulação e comunicação destes atores e da socialização das experiências desenvolvidas através da rede (Bahia, 2008e).

Para os/as facilitadores/as da educação, a distribuição ocorreu de acordo às potencialidades das escolas e professores encontradas nos municípios, pelos articuladores da Direc, não necessariamente atendendo à distribuição feita para área da saúde (BAHIA, 2010a). Esses sujeitos seriam professores das escolas públicas do ensino médio e desenvolveriam ações para o protagonismo juvenil em defesa do SUS (BAHIA, 2008f).

A proposta era que os facilitadores atuassem como elos entre os diversos pontos da rede MobilizaSUS, dinamizando a troca de experiências e saberes para construção de novos conhecimentos compartilhados. A ação desse sujeito implicaria escuta, interação entre os diversos atores da rede e reflexão crítica acerca dos processos decisórios que repercutem na concretização do cuidado em saúde (BAHIA, 2008f). Todavia, pouco se conseguiu avançar com os/as facilitadores/as, não se estabelecendo um vínculo mais fortalecido com esses atores (ARAUJO, 2014).

Nesse processo o “Grupo de Trabalho Intersetorial” (BAHIA, 2008b), aqui chamado de GT MobilizaSUS, foi fundamental na construção e implementação do MobilizaSUS (ARAUJO, 2014). Segundo a autora, esse GT não foi instituído formalmente, começou a funcionar antes mesmo da entrada do projeto na agenda do Estado em 2008 e seguiu funcionando por muito tempo (ARAUJO, 2014). Algumas das organizações que se fizeram representar no GT MobilizaSUS foram o Conselho Estadual de Saúde (Ces), o Conselho de Secretários Municipais de Saúde da Bahia (Cosems-BA) a Secretaria de Educação (Sec), o Grupo Especial de Saúde do Ministério Público da Bahia, alguns movimentos sociais, além do próprio grupo gestor central da Sesab e também as Escolas de Formação Técnica em Saúde (Efts) e Estadual de Saúde Pública (Eesp) (ARAUJO, 2014).

O GT funcionou tendo reuniões frequentes até após as definições do edital de seleção de facilitadores municipais em 2008. Em 2009, as reuniões se tornaram mais rarefeitas, sendo retomadas apenas ao final do ano para a elaboração da proposta de Educação Permanente para Conselheiros Municipais de Saúde, ainda assim com a representação apenas das representações do Ces, do Cosems-BA e da Dgtes/Sesab (SILVA, 2010).

SEMINÁRIOS REGIONAIS E DESENVOLVIMENTO DA REDE MOBILIZASUS

O MobilizaSUS foi originalmente estruturado a partir de duas estratégias principais: realização de Seminários Regionais Mobiliza SUS e formação de uma rede de Articuladores e Facilitadores de Educação Permanente para o Controle Social no SUS (BAHIA, 2008a).

Os Seminários Regionais tinham o objetivo de estabelecer um canal de diálogo com a sociedade, especialmente os movimentos populares, estimulando a corresponsabilidade social em defesa do SUS, sensibilizar lideranças comunitárias e incentivar o protagonismo juvenil para o exercício da participação social e da gestão participativa em saúde, qualificando as instituições públicas que exercem controle social das políticas de saúde, de modo a ampliar o compromisso social com a implementação do SUS (BAHIA, 2008a/ 2008b).

Para a constituição da rede de Articuladores e Facilitadores, a ideia seria formar facilitadores e esses organizariam o processo de formação com movimentos sociais e conselheiros de saúde (ARAUJO, 2014). Para isso, previu-se a realização de oficinas em cada região de saúde, com duração de 40 horas, nas quais seriam discutidos os seguintes temas: História do SUS, Modelos de atenção à Saúde, Legislação Básica do SUS, técnicas pedagógicas/ educação popular e protagonismo juvenil. A ideia inicial era que os/as facilitadores/as pudessem protagonizar outros processos educativos na região e nos municípios com o apoio de articuladores (ARAUJO, 2014). De forma geral, a proposta intercalava encontros de debates teóricos com atividade de dispersão, que coincidiriam com os momentos do Seminário Regional Mobiliza SUS, totalizando duas oficinas de dois dias e a última de um dia. Teriam como produto esperado a Agenda Microrregional para o Fortalecimento do Controle Social (BAHIA, 2008a).

Todavia essa ação ocorreu em poucas regiões no início do projeto, se restringindo a somente dois seminários macrorregionais em 2008, ano em que se organizou também o I Encontro do MobilizaSUS, com ampla participação de diversos atores (SILVA, 2010). O processo de qualificação dos/as articuladores/as regionais teve continuidade em 2009 com a realização de um conjunto de atividades, tais como: cinco encontros presenciais macrorregionais, com o objetivo de discutir os princípios da educação permanente e da educação popular ; uma videoconferência com o intuito de experimentar esta nova ferramenta utilizada para dar capilaridade às ações do MobilizaSUS e ampliar a capacidade de atingir um maior número de participantes e um encontro estadual com os objetivos de avaliar os processos, as ações, as estratégias, as metodologias e os resultados do MobilizaSUS e planejar próximas ações (BAHIA, 2010a).

Nesses encontros e oficinas foram identificadas algumas dificuldades da implementação do projeto nas regiões, como a insegurança dos articuladores em desenvolver os processos pedagógicos, falta de apoio dentro da própria Dires em desenvolver as ações do MobilizaSUS, excesso de responsabilidades assumidas pelos/as articuladores/as dentro da Dires. Alguns pontos positivos também foram observados, sendo um deles a capacidade do MobilizaSUS em “encantar” pessoas, pela possibilidade de diálogos e de compartilhamento de experiências entre gestores e comunidade (BAHIA, 2010a).

Os/as articuladores/as pouco protagonizaram a função pedagógica, restringindo sua atuação, em algumas regiões, a processos de organização e apoio logístico nas oficinas de formação (BAHIA, 2010a). Mas desenvolveram importante papel nas regiões de saúde em que o processo de formação de facilitadores municipais caminhou, em torno de onze regiões entre 2008 e 2009, estimulando os sujeitos por meio de visitas aos municípios, convites, contatos telefônicos, buscando divulgar o projeto e promovendo discussões nos municípios acerca das temáticas constantes no processo de formação (BAHIA, 2010a). Nas regiões em que o processo não avançou de forma significativa, identificou-se que o envolvimento de cada articulador regional foi dificultado pelo excesso de atribuições assumidas junto a gestão regional e, consequentemente, falta de tempo dos mesmos nas Dires e Direc (BAHIA, 2010a).

Com relação aos articuladores das Direc, inclusive, verificou-se um distanciamento durante o processo de desenvolvimento do projeto, o que contribuiu para pouca mobilização e participação dos facilitadores da educação (professores da rede pública de ensino médio) na maioria das regiões (BAHIA, 2010a). Outros atores, entretanto, não previstos inicialmente, como estudantes do ensino médio, de graduação e das residências multiprofissionais, foram inseridos no processo de formação de facilitadores municipais, contribuindo de forma positiva nas discussões e construções coletivas (BAHIA, 2010a).

Apesar das fragilidades e limitações a iniciativa de formação da rede de facilitadores gerou resultados muitos positivos nas regiões em que ocorreu. Araújo (2014) relata que houve um maior envolvimento dos sujeitos na organização política em seus municípios, melhora da motivação para efetivação da participação popular nos espaços de controle social e (re)construção de novos conceitos e saberes sobre as políticas públicas de saúde (BAHIA, 2010a).

A partir de 2009, as ações de formação da rede com os/as articuladores/as vão ficando cada vez mais esporádicas e a rede MobilizaSUS vai se enfraquecendo devido a vários fatores, dentre eles: dificuldade de articulação do nível central com as regiões de saúde devido à grande área territorial da Bahia e quantitativo insuficiente de trabalhadores/as do nível central para monitoramento e articulação das ações. Não obstante, as ações se tornaram mais dependentes das iniciativas da coordenação do projeto ao nível central (ARAÚJO, 2014).

EDUCAÇÃO PERMANENTE COM CONSELHEIROS DE SAÚDE

As oficinas de formação de facilitadores municipais do MobilizaSUS não deram conta de constituir sujeitos que protagonizassem o processo pedagógico com conselheiros municipais de saúde. Assim, os Conselhos Municipais de Saúde (CMS), que já vinham há algum tempo sem formação e qualificação, processos sob responsabilidade da Sesab gestão do SUS na Bahia, passaram a pressionar por sua realização. O que fez com que o grupo gestor central assumisse diretamente essa demanda, inicialmente não prevista no projeto. Assim, a partir de 2010, além da “Educação permanente com articuladores regionais e facilitadores municipais”, o MobilizaSUS assumiu a “Educação permanente com conselheiros municipais de saúde” (ARAÚJO, 2014).

Nesse sentido, foi formulada uma proposta de curso para conselheiros de saúde, intitulada “SUS de Todos Nós: conhecer para fortalecer”, aprovada pelo Ces/Bahia (BAHIA, 2011a), de modo que, o grupo gestor central passou a atuar diretamente nas regiões para realizar o curso, com apoio dos articuladores (ARAÚJO, 2014). O desenho deste curso reproduziu o formato de oficinas, com carga horaria total de 40 horas, contemplando exposições e debates sobre temas específicos com a reflexão sobre as vivências praticas dos conselheiros em suas realidades (BAHIA, 2011a).

A execução deste curso foi programada de acordo com as solicitações dos municípios agrupados por região, sendo que, em 2010 foram contempladas 12 regiões de saúde, envolvendo 1.424 participantes, entre conselheiros de saúde e representantes de movimentos sociais. Dentre essas regiões, cinco ainda não haviam realizado a formação de facilitadores nos anos anteriores (BAHIA, 2011a). Essa estratégia foi mantida nos anos seguintes, chegando a qualificar 1.881 conselheiros municipais de saúde em 13 microrregiões de saúde nos anos de 2008 a 2012, abrangendo 168 municípios (BAHIA, 2012a). Em 2013, ocorreu somente em 2 regiões de saúde, com a participação de aproximadamente 90 conselheiros, contando com o apoio dos próprios municípios interessados (BAHIA, 2013).

De uma forma geral, no desenvolvimento das oficinas buscava-se utilizar técnicas de construção coletiva das atividades, integrando rodas de conversações e exposições dialogadas, trabalhos em grupo com a utilização de técnicas de animação de grupo, envolvendo música, arte, expressão corporal, práticas de cuidado, dramatização e sistematização, produção de painéis, construção de cartazes, dramatizações – como o Teatro Fórum de Augusto Boal. Os trabalhos eram realizados em pequenos grupos com uma média de 25 pessoas por grupo, tendo um facilitador, geralmente técnicos da Dgtes, e um apoiador, técnicos das Dires.

TENDAS DE EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE

Através do MobilizaSUS foram realizadas inúmeras ações orientadas pelas discussões para formulação e implementação da Política de Educação Popular em Saúde (EPS). Uma ação de fundamental importância, que contou com o apoio dos Coletivos Nacionais de EPS⁹, foram as Tendas de Educação Popular em Saúde, mais conhecidas como Tendas Paulo Freire¹⁰ e que na Bahia, a partir de 2011, foi batizada de Tenda Maria Felipa.¹¹

A primeira Tenda Paulo Freire organizada a partir do MobilizaSUS se deu em 2009, no Congresso da Rede Unida, e provocou uma aproximação dos atores que compunham o grupo gestor central do projeto com o debate nacional sobre Educação Popular em Saúde (Eps) (BAHIA, 2011b). A partir de então, o MobilizaSUS passa a organizar algumas tendas na Bahia e a contribuir com a organização de outras tendas em outros estados do País.

Importante destacar que a Tenda Maria Felipa, realizada durante a 8ª Conferência Estadual de Saúde (Conferes) teve como tema central um dos eixos da própria conferência: “Participação e Controle Social”, e foi organizada enquanto um espaço livre e em formato de roda, contando ainda com um espaço de cuidados, (BAHIA, 2011b), o que se mostrou uma experiência muito potente para a superação da forma tradicional de organização das conferências de saúde.

CURSO PARTICIPAÇÃO POPULAR, MOVIMENTOS SOCIAIS E DIREITO À SAÚDE

A ideia de fazer processos educativos que contribuíssem para o fortalecimento dos movimentos sociais de base popular esteve presente no MobilizaSUS, desde sua constituição. Sempre existiu a proposta de construir processo educativo que favorecesse o fortalecimento dos movimentos sociais e seu empoderamento, e uma ação que deu força a essa vertente foi o Curso “Participação Popular, movimentos sociais e direito à saúde”.

9 - Coletivos Nacionais de EPS: Aneps – Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Populares e Saúde, Redepop – Rede de Educação Popular e Saúde, Anepop – Articulação Nacional de Extensão Popular, GT Abrasco de EPS – Grupo de Trabalho da Associação Brasileira de Saúde Coletiva de Educação Popular e Saúde.

10 - A Tenda Paulo Freire é um espaço de circulação ampla, com a organização de atividades em formato de rodas de conversas, a partir de uma adaptação da ideia dos círculos de cultura freireanos. Vem sendo organizada pelos coletivos nacionais de EPS (Aneps, Redepop, Anepop e GT Abrasco de EPS) em vários eventos da área, surgindo da necessidade de um ambiente propício à liberdade de expressão, debate político e produção de cultura nesses eventos (BAHIA, 2011b). Começou no Fórum Social Mundial em 2005, como Espaço Che.

11 - A Tenda na Bahia recebeu o nome de Maria Felipa em homenagem a essa referência baiana que teve forte atuação na luta pela independência da Bahia, pensou-se também numa figura que representasse a cultura e história de nosso povo, e que fosse uma referência feminina. A Tenda Maria Felipa constituiu-se como ambiente de referência para integração, educação, articulação, debate político, acolhimento, cuidados coletivos e individuais (BAHIA, 2011b).

A proposta desse curso surgiu a partir de reuniões de trabalho com lideranças de movimentos sociais, em parceria com o Instituto de Saúde Coletiva (Isc) /Universidade Federal da Bahia (Ufba), (BAHIA, 2010b), tendo sido realizado em 2010, com duas turmas, a partir de um termo de cooperação que o Isc já tinha com a Sesab (BAHIA, 2010c, d; 2011c).

Os objetivos contemplavam: a reflexão sobre Estado e políticas públicas de saúde; a socialização de experiências de participação popular enquanto dispositivo de luta pela saúde, construídas pelos movimentos sociais em diálogo com experiências de gestão do SUS; a reflexão em torno de ideias e metodologias de planejamento em saúde e planejamento participativo e popular enquanto componente estratégico da participação popular e da gestão no SUS.

Apesar da experiência do curso ter sido interessante, só houve uma edição do curso, por falta de recursos financeiros e dificuldade de articulação com outras instituições formadoras (ARAUJO, 2014). Porém, a avaliação da experiência evidenciou que este curso possibilitou a participação de movimentos sociais do interior da Bahia e trouxe com muita força a EPS pra as ações do MobilizaSUS (ARAUJO, 2014).

APOIO A PROJETOS COM REFERENCIAIS DA EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE

Em 2013, o MobilizaSUS iniciou uma parceria com o Instituto de Humanidades, Artes e Ciências/Ufba, apoiando ações do projeto de extensão “Programa Promoção da Saúde em uma área remanescente de Quilombo: produção artística, educação popular e planejamento intersetorial em Saúde em Maragogipe-Bahia-Brasil”, através da qualificação dos estudantes envolvidos na atividade e contribuindo também nas ações na comunidade (BAHIA, 2013).

Ainda em 2013, assumiu a coordenação no Estado da Bahia do “Curso de educação popular em saúde com foco em Agentes Comunitários de Saúde (Acs) e Agentes de Combate a Endemias (Ace) - EdpopSUS”¹², em parceria com a Efts/Sesab. Este curso, promovido pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca-Ensp/Fiocruz (inicialmente), Escola Politécnica Joaquim Venâncio/Fiocruz (posteriormente) e MS, foi uma das estratégias de divulgação e implementação da PNEP-SUS (Política Nacional de Educação Popular em Saúde) (BRASIL, 2013). Na Bahia, este curso deu maior visibilidade ao MobilizaSUS, se configurando também como uma estratégia para fomentar a Educação Popular em Saúde na Bahia, na medida em que a equipe do projeto passou a dialogar com uma categoria de trabalhadores inicialmente não prevista especificamente no projeto original, os Acs e Ace (BAHIA, 2013).

12 - Curso desenvolvido pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca e pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz e Ministério da Saúde em parcerias com os Estados (Bem-vindo ao Edpopsus | Edpopsus (fiocruz.br)

Em 2013, o curso ocorreu de forma descentralizada nas regiões de saúde já priorizadas pelo governo do estado para o desenvolvimento das ações do Plano Estadual de Saúde (Pes) e com capacidade para fortalecer a rede MobilizaSUS. Participaram, enquanto mediadores do curso, as referências regionais do MobilizaSUS das Dires, aprovadas na seleção prevista no EdpoSUS, otimizando o investimento prévio realizando nas regiões via rede MobilizaSUS (ARAUJO, 2014), tendo sido qualificados 1550 Acs e Ace em 12 regiões de saúde da Bahia (BAHIA, 2013).

Cabe destacar que por se tratar de um projeto sob gestão da Fiocruz, não houve maior autonomia para decisões que permitissem melhor aproveitar a potencialidade da rede em desenvolvimento pelo MobilizaSUS, sendo desenvolvido sob a dependência das instituições coordenadoras nacionais (Ensp, Fiocruz e MS) (ARAUJO, 2014). Além disso, mesmo com ampliação do diálogo com o do MS, favorecida pela realização do curso, não se conseguiu garantir financiamento federal para a realização das ações que o MobilizaSUS já vinha desenvolvendo na Bahia (ARAUJO, 2014).

O CASO DO PROJETO

A experiência do desenvolvimento do projeto MobilizaSUS foi objeto de três estudos de mestrado, que forneceram elementos para a construção desse texto. Todos foram desenvolvidos durante a vigência do projeto. portanto, apesar de permitirem a identificação de tendências, não favorecem a construção de análises que, com rigor, possam explicar a extinção do projeto. Também não há estudos em curso que se proponham a tal empreitada. Mas é fato que o projeto, apesar da natureza finita de todo projeto, não tinha estabelecido data de conclusão e, no momento da formulação desse texto, não mais existe na estrutura da Sesab.

Enquanto elementos factuais que possivelmente possam ser juntos numa descrição do processo de declínio, pode-se enumerar dentre outros: o desgaste institucional a que uma proposta que atua nos limites da instituição naturalmente está exposto; limites e fragilidades do grupo gestor central em realizar leituras políticas mais precisas sobre as relações de força em que se dava a execução do projeto; a mudança da conjuntura política nacional, especialmente a partir de 2013, que provocou reorganizações no âmbito do MS e solução de continuidade a articulações estratégicas, especialmente no âmbito do financiamento e apoio político; o processo histórico do desenvolvimento da gestão da Dgtes que, por movimentos complexos de pressão interna e externa precisou ser reorientada a outras prioridades; a redução quantitativa do grupo gestor central, com a saída de vários atores, por motivações diversas.

Cada elemento citado exigiria uma análise específica sobre sua ocor-

rência e a relação com os demais, sem se desconsiderar a possibilidade de outros elementos que, não tenham sido citados. Ainda assim se pode considerar que em seu conjunto, contribuíram para que o projeto não resistisse à reforma institucional promovida pelo governo do estado que, em 2015, extinguiu as Diretorias Regionais de Saúde. Tal reforma provocou tensão política e toda sorte de reestruturações de processo de trabalho da Sesab, na direção de superar as consequências mais imediatas que a redução de autonomia administrativa das estruturas de gestão regionais poderia trazer à gestão do SUS Bahia. Entre 2015 e 2016 a rede de Articuladores regionais se desestruturou em definitivo e o grupo gestor central se desfez com a saída dos últimos atores para outros setores da Sesab ou para outras instituições. As últimas iniciativas de articulação da Educação Popular em Saúde e alguns convênios ainda vigentes, não executados, foram transferidos para a Efts. Finalmente, terminando sem se declarar concluído, o MobilizaSUS já não aparece no texto do PES 2016-2019.

Tal experiência nos permite refletir que o campo da participação e do controle social no SUS nos desafia a desenvolver estratégias que estimulem a autonomia dos sujeitos dentro de uma máquina estatal, que muitas vezes dificulta a realização das ações pela própria estrutura histórica e política, pela burocracia e pela disputa de interesses. Cabe registrar que a Saúde, enquanto política social é resultado das formas de orientação política da gestão do Estado capitalista, não podendo este ser compreendido como uma “entidade intrínseca”, mas como uma relação social, como a condensação material de uma relação de forças entre classes e frações de classe, que se expressam, de maneira sempre específica, no seio desse Estado (POULANTZAS, 2000).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A gestão participativa requer a adoção de práticas e mecanismos que efetivem a participação da comunidade e dos profissionais de Saúde na formulação e fiscalização das políticas de Saúde. Isso pressupõe a ampliação de espaços públicos e coletivos para o exercício do diálogo e da pactuação das diferenças, de forma a construir um conhecimento compartilhado sobre Saúde, preservando a subjetividade e a singularidade presentes na relação de cada indivíduo e da coletividade e, principalmente, estimulando a autonomia (BRASIL, 2007). Para a consolidação do SUS, a formulação da política de Saúde deve emergir dos espaços onde acontece a aproximação entre a construção da gestão descentralizada e participativa, o desenvolvimento da atenção integral à Saúde e o fortalecimento da participação popular, com poder deliberativo (BRASIL, 2007).

Nesse sentido, os processos educativos do MobilizaSUS pretenderam estimular uma gestão democrática e participativa no SUS na Bahia através

do incentivo a formas coletivas e emancipatórias de aprendizado e leitura da realidade no cotidiano de Saúde no estado, incentivo a participação popular no SUS e a construção do diálogo com as práticas e desejos dos movimentos populares. Possibilitar a inclusão e participação dos sujeitos nesses espaços de discussão é propiciar o exercício da cidadania, atuando na efetivação do sujeito enquanto agente transformador da sociedade.

Apesar dos avanços, o desenvolvimento e declínio do MobilizaSUS revelaram a dimensão do desafio de se efetivar tal proposta de gestão, evidenciando os limites do Estado e a histórica carência da sociedade pela vivência de processos democráticos participativos. Considerando as discussões de Mário Testa (1992) sobre o poder nas organizações de Saúde, podemos considerar que há fragilidades e limites relacionados à mobilização de poderes político, administrativo e técnico por parte dos atores envolvidos no âmbito institucional, associadas, entretanto, a uma potência transformadora do método (SILVA, 2010).

Durante o processo de desenvolvimento do MobilizaSUS na Bahia foi se evidenciando os limites da gestão estadual em fazer com que a ideia da participação e de democracia, na radicalidade de seus princípios, conseguisse superar o limite do discurso. Essa situação materializou alguns elementos contraditórios dentro da própria Sesab e do governo do estado que, ao mesmo tempo propunha em seu Pes um projeto para fortalecer a participação social no SUS, como o MobilizaSUS, e mantinha estruturas e relações que atuaram como filtros e obstáculos sutis à sua implementação, que, à sua própria sorte, produziram sua extinção.

Mas é assim que diversos militantes do movimento pela Reforma Sanitária e do movimento de Educação popular em Saúde, como classe trabalhadora, permeiam as fissuras, divisões e contradições internas do Estado, com suas lutas e necessidades históricas, buscando engendrar forças, reafirmando, estratégias para o desenvolvimento da consciência sanitária, considerando a mobilização e organização das classes subalternas como caminhos para contornar o pessimismo da razão (PAIM, 2008).

Aa experiência do MobilizaSUS demonstra, portanto, que a radicalização da democracia na construção do direito à Saúde segue sendo um dos principais desafios para o Sistema Único de Saúde, desafio do qual, nenhum ator social comprometido com sua luta, pode se esquivar. É preciso seguir na invenção e criatividade para construir condições de espaço, tempo e sujeitos para forçar os limites da instituição para a participação popular, ao tempo em que se luta para a construção de outros valores na sociedade, resgatando conceitos como solidariedade, amorosidade e respeito.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, P. D. Participação e educação popular em saúde: propósitos, métodos e organização. 2014. 109p. Dissertação (mestrado). Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva, Salvador, 2014.

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado. Superintendência de Planejamento e Descentralização. Agenda Estadual de Saúde 2005. Salvador: Sesab, 2005.

_____. Superintendência de Planejamento e Descentralização. Agenda Estadual de Saúde 2006. Salvador: Sesab, 2006. _____. Assessoria de Planejamento. Agenda estratégica da saúde 2007. Salvador: Sesab, 2007a.

_____. Superintendência de Recursos Humanos. Diretoria de gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Relatório: I Seminário regional movimentos sociais e saúde. Salvador: Sesab, ago. 2007b. 33p.

_____. Superintendência de Recursos Humanos. Diretoria de gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. MobilizaSUS: estratégias para o fortalecimento do controle social, o SUS é uma escola de cidadania. 2008a. 14p.

_____. Superintendência de Recursos Humanos. Diretoria de gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. MobilizaSUS: manual MobilizaSUS – educação permanente para o controle social e gestão democrática e participativa do SUS-Ba. Salvador: Sesab, 2008b. 200p.

_____. Assessoria de Planejamento. Agenda estratégica da saúde 2008. Salvador: Sesab, 2008c.

_____. Superintendência de Recursos Humanos. Diretoria de gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. MobilizaSUS: 1º Encontro de Articuladores de Educação Permanente para o Controle Social. Salvador: Sesab, 2008d. (folder)

_____. Superintendência de Recursos Humanos. Diretoria de gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Edital de Seleção para Formação de Facilitadores de Educação Permanente para o Controle Social no SUS. Salvador: Sesab, 2008d. 15p.

_____. Superintendência de Recursos Humanos. Diretoria de gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. MobilizaSUS: estratégias para o fortalecimento do controle social. Informe n.2.2. Salvador: Sesab, nov. 2008f. 4p.

_____. Plano estadual de Saúde: Gestão 2007-2010. Revista Baiana de Saúde Pública. v. 33, supl. 1. Salvador: Sesab, nov. 2009a. 88p.

_____. Secretaria de Planejamento. Territórios de Identidade. Disponível em: http://www.seplan.ba.gov.br/mapa_territorios.html. Acessado em 10 out. 2009b.

_____. Superintendência de Recursos Humanos. Diretoria de gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Relatório Preliminar do MobilizaSUS: estratégias para o fortalecimento do controle social e gestão democrática e participativa do SUS. Salvador: Sesab, 2010a. 35p.

_____. Superintendência de Recursos Humanos. Diretoria de gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. MobilizaSUS: Curso Participação Popular, movimentos sociais e direito à saúde. Salvador: Sesab, 2010b. (caderno de textos)

_____. Secretaria de Promoção da Igualdade. Um marco chamado Sepromi. Disponível em http://www.sepromi.ba.gov.br/modules/mastop_publish/?tac=3. Acessado em 15 de março 2010c.

_____. Superintendência de Recursos Humanos. Diretoria de gestão do Tra-

balho e da Educação na Saúde. Relatório de acompanhamento trimestral dos compromissos e ações da agenda estratégica da Sesab da linha de ação Gestão democrática, solidária e efetiva do SUS - período de outubro a dezembro de 2010. Salvador: Sesab, 2010d. (relatório trimestral)

_____. _____. Superintendência de Recursos Humanos. Diretoria de gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Relatório Preliminar do MobilizaSUS: Curso de Educação Permanente com Conselheiros Municipais de Saúde. Salvador: Sesab, 2011a.

_____. _____. Superintendência de Recursos Humanos. Diretoria de gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. MobilizaSUS: estratégias para o fortalecimento do controle social e gestão democrática e participativa do SUS– Relatório de Gestão 2011. Salvador: Sesab, 2011b.

_____. _____. Assessoria de Planejamento. Relatório de Gestão 2010.

Salvador: Sesab, 2011c. 249p.

_____. _____. Plano estadual de Saúde 2012-2015. Revista Baiana de Saúde Pública. v. 36, supl. 1. Salvador: Sesab, dez. 2012a. 167p.

_____. _____. Superintendência de Recursos Humanos. Diretoria de gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Relatório de Gestão 2012. Salvador: Sesab, 2012b.

_____. _____. Superintendência de Recursos Humanos. Diretoria de gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Monitoramento da Programação Anual de Saúde do Compromisso 11 - período de janeiro a agosto de 2013. Salvador: Sesab, 2013. (Relatório quadrimestral)

BAQUERO, M. Democracia, participação e capital social no Brasil hoje. In: FLEURY, S e LOBATO, L. V. C (org.). Participação, Democracia e Saúde. Rio de Janeiro: CEBES, 2010. p.129-150.

BARROS, L.V. O MobilizaSUS-Bahia: as práticas educativas e a constituição dos sujeitos. 2012. 69p. Dissertação (mestrado). Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva, Salvador, 2012.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988.

_____. _____. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF, dez. 1990.

_____. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Editaln.3de2deagostode2011. InstituiaprimeiraeducaçãodoPrêmioVictorValladeEducaçãoPopular emSaúde.Brasília:MinistériodaSaúde,2001.

_____. _____. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Portaria Nº 836/GM de 2 de junho de 2005. Institui o Prêmio Sérgio Arouca de Gestão Participativa no SUS. Brasília, DF, 3 jun. 2005. Disponível em:<<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-836.htm>> Acesso em: 1 ago. 2014.

_____. _____. Conselho Nacional de Saúde. Política nacional de educação permanente para o controle social no Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. _____. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – ParticipaSUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2007a.

_____. Secretaria-Executiva.Subsecretaria de Assuntos Administrativos. Programa MultiplicaSUS: curso básico sobre o SUS: (re)descobrimos o SUS que temos para construirmos o SUS que queremos. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007b.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Gestão participativa e cogestão. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

_____. Secretaria Executiva. Portaria No. 1256, de 17 de junho de 2009b. Institui o Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde (CNEPS).Disponível em <<http://www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao/1256-%5B2941-120110-SES-M-T%5D.pdf>>. Acesso em: 24 jul. 2014.

_____. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). Brasília, DF, 19 nov. 2013.

_____. Secretaria Geral da Presidência da República. Secretaria Nacional de Articulação Social. Marco de Referência da Educação Popular para Políticas Públicas. Brasília: Ministério da Saúde, 201

GONH, M.da G. Movimentos Sociais no início do Século XXI: antigos e novos atores sociais. 3. ed. Petrópolis. Vozes 2007 143p.

LESSA, I. J. Gestão participativa e participação social: um estudo a partir da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde (2003 – 2007). 2010. 119p. Dissertação (Mestrado). Fiocruz/Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2010.

MISOCZKY, M. C. Gestão participativa em saúde: potencialidades e desafios para o aprofundamento da democracia. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 336-347, set-dez. 2003.

PAIM, J. S. A gestão do SUDS no estado da Bahia. Cad. de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 5, n 4, p. 365-375, out./dez. 1989

_____. J.S. Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008 356p.

_____. J.S. Saúde, Política e Reforma Sanitária. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, 2002. 447p.

SILVA, T. P. C. MobilizaSUS na Bahia: emergência, desenvolvimento e contradições do cotidiano institucional. 2010. 82p. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva, Salvador, 2010.

POULANTZAS, N. O Estado, o poder, o socialismo. Trad. Rita Lima. 4. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2000.

TESTA, M. Pensar em Saúde. Porto Alegre: Artes médicas/Abrasco, 1992.

_____. Vida. Señas de Identidad (Miradas al Espejo). SaludColectiva, La Plata, v.1, n.1, p.33-58, Ene-abr.2005.

_____. Decidiremsalud:¿Quién?,¿Cómo? Y¿Porqué?.SaludColectiva, BuenosAires,v.3, n.3,p.247-257,Set-dic. 2007.

CAPÍTULO 14

*Marcele Carneiro Paim
Luciano de Paula Moura
Marcio Lemos Coutinho
Rejane Andrade Cardoso*

Comunicação e informação sobre a Gestão do Trabalho no SUS - BA

É fundamental diminuir a distância
entre o que se diz e o que se faz,
de tal forma que, num dado momento,
a tua fala seja a tua prática.

Paulo Freire

COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO SOBRE A GESTÃO DO TRABALHO NO SUS- BA

INTRODUÇÃO

A celebração dos 15 anos de implementação da Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (Dgtes), vinculada à Superintendência de Recursos Humanos (Superh) da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Sesab) é uma oportunidade de refletir sobre a agenda estadual da área da Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, a partir das experiências e dos acúmulos construídos pela implementação de políticas, estratégias e ações voltadas para a valorização do trabalho e do trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS) na Bahia.

Nessa trajetória, merece destaque a transversalidade do eixo de comunicação e informação, presente no âmbito das ações desenvolvidas pela Dgtes. Nessa perspectiva, estratégias e ações de comunicação e informação vêm permeando temas como força de trabalho, carreiras, planos de cargos e salários, valorização dos trabalhadores, precarização, humanização das relações e condições de trabalho e saúde e segurança do trabalhador, configurando-se em elementos fundamentais do processo de gestão da diretoria.

Faz-se necessário registrar que durante os últimos 33 anos, a história da implantação do SUS tem sido reforçada pelo crescimento das demandas de comunicação, especialmente no que tange à mobilização e participação social na formulação, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde. Toda essa reconfiguração comunicacional exige ainda mais rapidez e informações qualificadas que perpassam por decisões da gestão (CARDOSO; ROCHA, 2018).

Nesse cenário, o trabalho em saúde vem passando por relevantes transformações, também impulsionadas pelas inovações tecnológicas e advento das tecnologias da informação e comunicação (TIC) que potencializam a rápida circulação de mensagens com fluxos multidirecionais entre múltiplos emissores e receptores (CASTELLS, 2003).

Vale ressaltar que muitas dessas inovações têm sido produzidas por grupos de pessoas ou comunidades em torno da chamada “inteligência coletiva”, presente em todos e “distribuída por toda parte” (LÉVY, 1994). Destaca-se, portanto, a ideia da “potência da ação coletiva”, na medida em que essa potência dependeria, essencialmente, da capacidade de indivíduos e grupos, em sua interação, “produzirem, trocarem e utilizarem conhecimentos”, em processos de “aprendizagem e criação nas coletividades locais, por meio de distintas tecnologias sociais” (TEIXEIRA, 2005, pág. 220).

Por conseguinte, acredita-se que através do trabalho em rede, as pessoas se vejam como sujeitos interlocutores e responsáveis por objetivos coletivos, potencializando a capacidade de produção de mudanças, com estímulo ao diálogo e à participação ativa.

Para Rovere (2000), a organização em rede envolve relações complexas que pressupõem o reconhecimento que o outro existe; interesse no que o outro faz; reciprocidade; cooperação; visão comum; respeito às pactuações, compreendendo que toda dinâmica depende do movimento do conjunto. Todavia, ainda que o processo de constituição de redes estejam envolva instituições e projetos, são sempre pessoas que se articulam, conectam e constroem vínculos.

Na perspectiva da organização do trabalho em rede, as interações sociais são essenciais para o exercício da capacidade de diálogo com vistas à formulação e implementação de políticas, estratégias e ações que favoreçam mudanças nas práticas. Essa ideia, portanto, dialoga com o enfoque habermasiano da ação comunicativa, na medida em que apresenta características que pressupõem a necessidade de condições deliberativas, estabelecendo fluxos comunicativos para busca do entendimento, por meio do uso da linguagem, através do qual as interações sociais se dão (HABERMAS, 2012).

Em consonância com essas concepções, ao propor a formulação e implementação da Política Estadual de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (Pegtes), a Sesab apostou em uma linha de ação que contemplou a comunicação e disseminação de informações e conhecimentos, através da formação de redes colaborativas, da elaboração participativa e descentralizada de projetos comunicacionais e do compartilhamento de agendas.

Nesse contexto, a dimensão dialógica se configura como fundamental para as ações da Dgtes. Essa característica pode ser apontada como uma das peculiaridades do seu modelo de gestão: o uso da comunicação dialógica, isto é, alicerçada no diálogo ou conversação entre pessoas.

Este relato tem como objetivo descrever a transversalidade da comunicação no processo de trabalho desenvolvido na Dgtes a partir do mapeamento da utilização de estratégias de comunicação e informação, ferramentas e produção de materiais comunicativos para as ações desenvolvidas no âmbito da gestão do trabalho e educação no SUS-BA.

MAPEANDO ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO

Ao entender que a política não pode ficar restrita à visão de uma comunicação meramente instrumental, voltada para a produção de materiais, peças publicitárias e difusão fragmentadas de informações, foi preciso criar e fortalecer uma rede de atores implicados numa agenda comum que possibilitasse uma participação mais direta daqueles que constroem a pauta da gestão do trabalho no cotidiano das instituições de saúde na Bahia.

Essa rede se configurou em um conjunto de apoiadores e trabalhadores de referências da gestão, humanização, educação e saúde e segurança dos

trabalhadores que, juntos, construíram um conjunto de estratégias para democratizar a comunicação, visto que socializá-la, significa não somente traduzi-la para o público em geral, mas, principalmente, construir, tratar e divulgá-la de diferentes formas.

Ao reconhecer o papel da comunicação e da informação em saúde como estratégia de transformação da realidade, no âmbito da gestão do trabalho, a Dgtes passou a implementar um método de trabalho que leva em consideração as seguintes etapas: (1) Avaliação da realidade; (2) Definição de prioridades; (3) Definição de estratégias e (4) Elaboração dos documentos.

A **Avaliação da realidade** consiste na identificação dos problemas e análise das dificuldades encontradas, considerando a realidade vigente e as necessidades do SUS no âmbito da gestão do trabalho e dos processos de comunicação e informação. Essa observação preliminar é importante, pois possibilita que a Dgtes crie estratégias de comunicação, a partir das condições existentes, sem precisar necessariamente começar do zero, além de valorizar dispositivos que estão sendo colocados em prática pelas unidades da rede estadual de saúde e núcleos regionais.

Outro movimento importante é listar todos os atores estratégicos que se relacionam direta e indiretamente com a pauta desta diretoria e que, de alguma maneira, estão envolvidos no processo de elaboração e execução da Política de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.

Em seguida a **definição das prioridades das ações**, bem como dos materiais a serem produzidos, leva em conta as necessidades do SUS, as especificidades dos públicos, a capacidade técnica da equipe de produção, as prioridades da agenda estratégica, os objetivos e metas dos instrumentos de planejamento de forma a contribuir para que a diretoria e seus pares exerçam melhor o seu papel, tendo no horizonte produções com efeitos de curto, médio e longo prazos.

A **definição das estratégias** de comunicação e informação em saúde, por sua vez, corresponde ao momento que se avalia o que comunicar, para quem comunicar e como comunicar, utilizando estratégias de comunicação e informação convencionais, mas cada vez mais utilizando ferramentas colaborativas e possibilidades oriundas do uso das Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC's). As escolhas buscam considerar as especificidades das unidades e setores de gestão do trabalho, de forma que o processo de democratização das informações em saúde atinja os objetivos esperados.

A **elaboração dos documentos** propriamente dita busca consolidar e dar visibilidade aos dispositivos, estratégias e mecanismos inseridos na Política de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde no sentido de dar direcionalidade político-institucional à formação e desenvolvimento dos trabalhadores do SUS-BA, com vistas ao fortalecimento e aprimoramento do processo de trabalho em saúde, nas suas mais diversas formas e espaços de organização.

Cabe destacar a ênfase na dialogicidade presente em todas as etapas referidas. Nesse sentido, o processo de construção coletiva foi alicerçado por um conjunto de apoiadores e trabalhadores de referência, auxiliares ao levantamento dos problemas, na discussão e elaboração de propostas e na transversalidade das políticas, programas e projetos que permeiam os objetos da diretoria. Fazem parte do conjunto dessa rede, 38 Núcleos de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, 30 Serviços Integrados de Atenção e Saúde do Trabalhador, 12 Comissões Locais de Saúde do Trabalhador e 23 Grupos de Apoiadores da humanização, inseridos em 29 unidades da rede gestão direta e em 09 Núcleos Regionais de Saúde.

Desta maneira, articulada e participativa, a rede manteve viva a discussão e o conhecimento das pautas e objetos no trabalho entre os trabalhadores. Construíram juntos um conjunto de materiais e estratégias ao longo dos últimos anos, com vistas a dar publicidade e visibilidade às prioridades definidas pela diretoria no que diz respeito a elaboração da sua estratégia de comunicação para fortalecimento da Política de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (Quadro 1).



Quadro 1: Produção de materiais e estratégias de comunicação, por tipo e tema, entre 2008-2021. Dgtes. Bahia.

ANO	MATERIAL	TEMA
2008	Livro	Manual MobilizaSUS - Educação Permanente para o Controle Social e Gestão Democrática e Participativa do Sus - Bahia
2008	Folder	O que é o Programa PermanecerSUS
2009	Livreto	Perguntas e Respostas – Lei 11.373/2009 Novo Plano de Cargos Carreiras e Vencimentos da Sesab
2010	Mídia digital	www.saude.ba.gov.br/dgtes– Divulgação das Ações/estratégias Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
2012	Livreto	Política Estadual de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde do SUS Bahia
2013	Livreto	Núcleos de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – Série Temática
2013	Livreto	Box Superh - Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
2014	Livreto	Manual de Implantação – Programa de Atenção Integral à Saúde da Trabalhadora e do Trabalhador da Sesab
2014	Folder	Gestão no Trabalho e Educação na Saúde – ações e estratégias Dgtes
2014	Livreto	Documento Base – Programa de Atenção Integral à Saúde da Trabalhadora e do Trabalhador da Sesab
2015	Livreto	Documento Base PermanecerSUS
2017	Folder	Prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST)
2017	Folder	O que é o Siasst Assistencial
2017	Mídia digital	Política Estadual de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS Bahia
2017	Mídia digital	I Plano Estadual de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS/Ba
2020	Mídia digital	Curso Apoiadores dos Nuges
2020	Mídia Digital	Plano de Contingência para os trabalhadores da Sesab – Covid-19
2020	Mídia Digital	Boletim Informativo Covid-19 Trabalhadores da Saúde
2020	Mídia Digital	Acolhimento Psicológico Trabalhadores da Saúde
2021	Mídia Digital	Boletim Informativo Covid-19 Trabalhadores da Saúde
2021	Livreto	Manual Técnico do Programa Estadual de Avaliação de Desempenho
2021	Livreto	Documento Base do Programa Estadual de Avaliação de Desempenho
2021	Livreto	Manual Técnico sobre Desenvolvimento Funcional dos Trabalhadores da Sesab
2021	Livreto	Manual Técnico sobre Direitos e deveres dos trabalhadores da SESAB
2021	Livreto	Manual Técnico de sobre Planejamento da Força de Trabalho
2021	Livreto	Manual de Implantação do Programa de Atenção Integral a Saúde do Trabalhador da Sesab – 2ª edição
2021	Livreto	Documento Base do Programa de Atenção Integral a Saúde do Trabalhador da Sesab – 2ª edição
2021	Livreto	Política Estadual de Humanização da gestão e Atenção do SUS – Bahia – 2ª Edição
2021	Livreto	Manual Técnico Selo Estadual de Humanização do SUS - Bahia
2021	Livro	Gestão do Trabalho no SUS Bahia: Esquadrinhando caminhos e esperando a prática

Fonte: Elaboração própria, conteúdo adaptado de relatórios e documentos oficiais da Dgtes

LIMITES E POSSIBILIDADES

A comunicação e informação na Dgtes é uma pauta norteada pela construção coletiva, na perspectiva da integralidade, transversalidade, valorização e a integração dos sujeitos, seus saberes e fazeres. Trata-se, portanto, de uma proposta que contribui na articulação dos conteúdos, intenções e trocas de experiências, orientada pela ação-reflexão-ação e pelos princípios do diálogo, da participação e da criticidade (FREIRE, 2005).

A aposta na construção coletiva baseia no acreditar, conforme Teixeira (2003), que para se obter grande avanço da comunicação no setor saúde é preciso utilizá-la como canal de publicização de ideias, concepções, ações e serviços, tornando o SUS público e transparente. Assim, a transversalidade da comunicação engloba diferentes áreas na saúde.

Destaca-se no conjunto da produção os 16 livretos que apresentam as estratégias de valorização e cuidado com o trabalho e o trabalhador, a exemplo da Política de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, da Política Estadual de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS Bahia e do Programa de Atenção Integral à Saúde da Trabalhadora e do Trabalhador da Sesab. Recentemente, incluiu-se nesta lista o Plano de Contingência para os trabalhadores da Sesab - Covid-19.

Em tempos de desvalorização do trabalho e do trabalhador e de real ameaça de perda dos direitos e expansão da precariedade das relações de trabalho, em função dos vínculos desprotegidos, redução de salários, perda de estabilidade e do direito à aposentadoria, desregulação da política de formação profissional e privatização. é importante contribuir com a reflexão, discussão e pactuação de ações/estratégias de políticas de gestão do trabalho e educação. Com isso, espera-se estar contribuindo com a defesa das condições e relações de trabalho, humanizadas, dignas e seguras, contrárias ao que reforça Machado e Ximenes (2018, p.1978) quando apontam que está acontecendo um “retorno da Anti-Política de RH, preconizada nos tempos neoliberais da década de 1990”.

É pertinente, portanto, pontuar a atualidade da reflexão de Paim (1994, p.1), pois “pensar o tema recursos humanos em saúde exige não apenas o refinamento das ferramentas conceituais, teóricas e metodológicas para a apreensão dessa dimensão da realidade mas, sobretudo, a capacidade de análise para identificar, além de problemas, oportunidades e a criatividade estratégica para construir saídas políticas numa arena constituída por constelação de obstáculos.

Acredita-se, portanto, que a comunicação efetiva na saúde é capaz de influenciar crítica e estrategicamente a formação dos sujeitos, suas percepções individuais e coletivas, contribuindo com a superação da visão instrumental e simplista da transmissão emissor e receptor, passando a

considerar a circulação de mensagens e suas interações, intercâmbios e trocas de saberes entre trabalhadores, trabalhadores e usuários nos diferentes cenários do SUS (CORIOLANO-MARINUS et al., 2014).

Somado a isso, é amplamente reconhecido que para um sistema de atenção em saúde obter resolutividade, coordenação e capacidade de gestão, deve haver articulação com um processo de comunicação efetivo, superando a comunicação de forma esporádica, especialmente ações pontuais voltadas para o trabalhador.

Em tempos de infodemia, reconhecer que a invasão de conteúdos desfavorece o encontro e o discernimento de fontes idôneas e orientações confiáveis entre aquelas que falseiam e /ou omitem dados para atender determinados interesses. Apesar de todas as recomendações, “o SUS é conhecido por seus problemas e desafios e uma grande parte desses se deve à forma como os processos comunicacionais se dão na prática do trabalho em saúde” (SILVA & ROCHA, 2013, p. 04).

Frente a esta problemática, considera-se que a utilização dessa estratégia se estende aos processos educativos do e para o trabalho, na disponibilização e uso da informação, quer seja pelos serviços de saúde, quer seja pelos trabalhadores, usuários, comunidade e território, de forma a favorecer as alterações nos processos de trabalho, a reflexão e o aperfeiçoamento das práticas e a mudança de hábitos, de modo a garantir o acesso aos serviços e a produção do conhecimento científico e popular.

Nesse sentido, apostar na democratização da informação coloca-se como meta para a melhoria da qualidade e universalidade da atenção à saúde da população brasileira, buscando o fortalecimento do sistema descentralizado e com maior participação da sociedade. Nessa perspectiva é possível superar a realidade existente desde o processo de efetivação do SUS pelo território brasileiro, quando as políticas governamentais de comunicação não acompanharam sua descentralização, mantendo um discurso único, reprodutor de mensagens hegemônicas e típicos de campanha, sem interação com a população (INCA, 2007).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao refletir sobre este conjunto de estratégias e perspectivas tem-se à convicção de que o fortalecimento do SUS exige um modelo de comunicação articulado a práticas mais alinhadas com a visão ampliada da saúde, com as propostas de incorporação, cada vez maior, de novos atores sociais, na formulação e implementação das políticas públicas de saúde. Faz-se necessário, portanto, superar práticas de comunicação pontuais, fragmentadas e, por vezes, contraditórias aos processos em curso no interior das instituições de saúde.

É preciso superar a visão da comunicação onde só existe um polo emissor, sendo os demais atores considerados como público-alvo, meros receptores estáticos sem espaço na agenda de debates. A visão da comunicação como instrumento, como forma de “passar informações” ainda que com o incremento tecnológico é limitada para explicar ou estabelecer processos efetivos de comunicação entre os sujeitos e as instituições de saúde.

Vale destacar o papel transversal que a comunicação tem nas políticas e secretarias de saúde, sendo capaz de engendrar movimentos de produção de sentidos, negociações, sínteses e consensos, articulando aspectos individuais, coletivos e institucionais. Trata-se, portanto, de pensar as estratégias de comunicação intrinsecamente articuladas aos princípios e diretrizes que orientam as Políticas de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, como fruto de processos coletivos, que envolvem gestores e dirigentes, mas principalmente, valorizando o trabalhador como protagonista dos processos de transformação das práticas de atenção à saúde e da melhoria dos serviços e oferta do cuidado em saúde.

REFERÊNCIAS

Cardoso J, Rocha RL. Interfaces e desafios comunicacionais do Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*; 23(6):1871-1879, 2018.

Castells M. A sociedade em rede. São Paulo: Paz e Terra; 1, 2003.

Coriolano-Marinus, MWL et al. Comunicação nas práticas em saúde: revisão integrativa da literatura. *Saúde e Sociedade*; 23(4):1356-1369, 2014.

Freire, P. Pedagogia do Oprimido. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 42.^a edição, 2005.

Habermas, J. Teoria do Agir Comunicativo. Racionalidade da ação e racionalização social. São Paulo: Editora WNF Martins Fontes;1, 2012.

INCA, Instituto Nacional do Câncer. O desafio da comunicação em saúde. Rede Câncer, 2:16-20. 2007.

Lévy P. A inteligência coletiva: por uma antropologia do ciberespaço. São Paulo: Loyola, 1994.

Machado MH E Ximenes FRG. Gestão da Educação e do Trabalho em Saúde no SUS: trinta anos de avanços e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 23(6):1971-1979, 2018.

Nogueira JWS, Rodrigues MCS. Comunicação efetiva no trabalho em equipe em saúde: desafio para a segurança do paciente. *Rev. Cogitare Enferm.* 20(3): 636-640, 2015.

Paim, JS. Recursos humanos em saúde no Brasil: problemas crônicos e desafios agudos. São Paulo: USP, 1994.

Rovere, M. Redes nômades, algunas reflexiones desde. Una práctica de intervención institucional (mimeo), 2000.

Sadala, ML. Comunicação e saúde. *Cadernos de Saúde Pública*; 24(5):1195-1197, 2008.

Silva VC, Rocha CMF. A comunicação em saúde no Sistema Único de Saúde: uma revisão de literatura. Trabalho de conclusão de curso de graduação. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 1-16, 2013.

Teixeira, RR. O desempenho de um serviço de atenção primária à saúde na perspectiva da inteligência coletiva. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 9(17):219-234, 2005.

Teixeira. RR. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/Abrasco, 89-111, 2003.

**‘ NO MEIO DO CAMINHO
SURGE UMA PANDEMIA...**

SEÇÃO 3

CAPÍTULO 15

*Ana Flávia Barros Cruz
Angélica Araújo de Menezes
Bruno Guimarães de Almeida
Camila Moitinho de Aragão Bulcão
Erica Cristina Silva Bowes
Liliana Santos
Luciano de Paula Moura
Marcele Carneiro Paim
Mônica Hupsel Frank
Tatiane Araújo dos Santos*

Gestão do Trabalho e Estratégias para Monitoramento dos Casos de Covid-19 entre Trabalhadores da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia

Cumpra lembrar que o SUS é movido
a gente, e gente que cuida de
gente deve ser tratada como gente(...)
Enquanto a questão das pessoas que
nele trabalham e nele se realizam
como sujeitos não for equacionada,
não haverá milagres na gestão,
na gerência e na prestação de serviços

Jairnilson Paim

GESTÃO DO TRABALHO E ESTRATÉGIAS PARA MONITORAMENTO DOS CASOS DE COVID-19 ENTRE TRABALHADORES DA SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA

INTRODUÇÃO

A emergência sanitária estabelecida pelo vírus *Severe Acute Respiratory Syndrome Corona Virus 2* (Sars-Cov-2) impôs ao mundo uma crise humanitária em diferentes escalas e cenários, desencadeando um conjunto de reflexões e medidas necessárias à redução da transmissibilidade do vírus entre a população e aos impactos negativos causados nos mais diversos setores – econômicos, sociais e sanitários (HENRIQUES E VASCONCELOS, 2020).

Estratégias de isolamento/distanciamento social, como a oferta exclusiva de serviços prioritários, não conseguiram frear as altas taxas de circulação e contágio pelo Coronavírus. Tal cenário exigiu cada vez mais dos sistemas, serviços e trabalhadores/as da saúde de um conjunto de esforços para a garantia da oferta de assistência. Trabalhadores/as da saúde se contaminaram pelo Coronavírus durante o exercício do trabalho, o que revela o cotidiano de condições de trabalho inadequadas, jornadas exaustivas, déficit de pessoal e ausência ou falta de insumos que garantam a mínima proteção aos riscos de adoecimento.

No Brasil a pandemia se soma a uma conjuntura política e econômica na qual trabalhadores/as da saúde se mostram cada dia mais fragilizados/as diante de perdas de direitos trabalhistas e previdenciários, além do convívio com o gradual processo de sucateamento dos serviços públicos. Este contexto agravado pela precarização dos vínculos, baixos salários, multifuncionalidade, dificuldade do trabalho em equipe, gera como consequências instabilidade psíquica e emocional e baixa responsabilização com os processos de trabalho (BRAGA e BENDER, 2007; TRINDADE e LAUTERT, 2010). A exposição de trabalhadores/as da saúde ao trabalho precário na linha de frente da assistência à usuários/as com Covid-19, reverberou no aumento de afastamentos por adoecimento pela Covid-19 e também por adoecimento psicológico, o que implicou em sobrecarga de trabalho entre aqueles/as que permaneceram nos serviços (BRAGA e BINDER, 2007; HELIOTÉRIO et al., 2020).

Em outros países que enfrentam a pandemia, elevado número de trabalhadores/as da saúde também foram acometidos pela Covid-19, a exemplo da China, onde se estima que mais de 3 mil profissionais tenham se infectado e destes 23 foram a óbito. Esses dados sugerem inadequação ou negligência nas medidas de precaução e proteção contra a doença no ambiente de trabalho, seja pela escassez de equipamentos de proteção individual, seja pelo elevado grau de exposição desses/as trabalhadores/as (XIANG et al., 2020).

Isto caracteriza os/as trabalhadores/as de saúde como um grupo de alto risco de infecção, devido a uma série de fatores, tais como: vulnerabilidade de contágio com infectados, constante exposição ao patógeno, exaustivas horas de trabalho, somadas a sofrimento psíquico, cansaço, esgotamento, estigma e, até mesmo, a violência física e psicológica (SILVA e COSTA, 2008; BAKER, PECKHAM, SEIXAS, 2020).

Para além da compreensão da relação ambiente-saúde-doença, é importante a análise de como esses/as trabalhadores/as estão inseridos/as e organizados/as no ambiente de trabalho, para planejar medidas que contribuam com o gerenciamento de risco de adoecimento por Covid-19 nos espaços laborais (SILVA e COSTA, 2008).

Nesse sentido, é consenso que estratégias de monitoramento da relação saúde-doença-cuidado no ambiente de trabalho contribuem com as discussões, pactuações e tomadas de decisão, favorecendo a produção de dados que orientam a elaboração de medidas de prevenção, controle e contenção de riscos, danos e agravos à saúde, visando evitar o adoecimento e promover a saúde nesses locais. No entanto, a análise dos dados sobre a saúde dos/as trabalhadores/as esbarra nos problemas de qualidade, baixa fidedignidade, inconsistência, inexistência de variáveis ou não padronização, sub-registro ou não registro (FACCHINI et al., 2005; SANTANA et al., 2003). Tem-se, portanto, uma realidade desfavorável à coleta, análise, monitoramento e disseminação de informação e comunicação exigida nesta situação.

Diante desses desafios, a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Sesab) elaborou o *Plano de Contingência Covid-19 para Trabalhadores da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia*, visando instrumentalizar gestores/as e trabalhadores/as dos serviços da rede de atenção à saúde do estado na implementação de ações de atenção e cuidado aos/as trabalhadores/as, de forma a contribuir com a redução dos agravos ocasionados à saúde desse grupo. Entre as ações, o eixo *Assistência à saúde do trabalhador e da trabalhadora*, subeixo *Comunicação e informação em saúde*, prevê a sistematização de dados e informações sobre a contaminação por Covid-19, entre trabalhadores/as da saúde, e sua publicização por meio do *Boletim Informativo Covid-19 – Trabalhadoras e Trabalhadores da Saúde*.

Na Sesab, o setor responsável pelas ações de saúde do trabalhador é a Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (Dgtes), vinculada à Superintendência de Recursos Humanos (Superh). A Dgtes se estrutura com uma diretoria, assessoria técnica, Grupo Transitório de Trabalho, colegiado ampliado, Colegiado Gestor, Coordenação de Gestão do Trabalho na Saúde, Coordenação de Humanização do Trabalho na Saúde, Coordenação de Saúde e Segurança do Trabalhador da Saúde, Núcleo Técnico de Comunicação e Informação da Gestão e Humanização do Trabalho na Saúde e Núcleo de Suporte Administrativo e Operacional. Todos esses núcleos se integram com o propósito de desenvolver ações no campo da gestão e humanização das relações, processos e condições do trabalho em saúde.

Esta Diretoria é responsável pelo Programa de Atenção Integral à Saúde da Trabalhadora e do Trabalhador da Sesab (Paist), que contempla, entre suas linhas de ação, a vigilância de ambientes, processos e atividades de trabalho (BAHIA, 2014) que, momento atual, incluiu o monitoramento dos casos suspeitos ou confirmados de Covid-19 entre trabalhadores/as da Sesab. Esse capítulo trata de um relato de experiência, descritivo, de abordagem qualitativa, que busca discorrer sobre a estratégia de monitoramento dos casos suspeitos e confirmados pela Covid-19 entre os trabalhadores pertencentes à rede de saúde assistencial – direta e indireta – e administrativa da Sesab, no período de abril de 2020 a junho 2021, bem como apresenta a sistematização e processo de divulgação das informações produzidas pelo monitoramento.

MONITORAMENTO, INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO

Para a implementação das ações de monitoramento, sistematização das informações e comunicação em saúde previstas no Plano de Contingência Covid-19 para Trabalhadores da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, a Dgtes reorientou seus processos de trabalho e instituiu a divisão dos/as trabalhadores/as inicialmente em três, e posteriormente, em quatro equipes. Isso permitiu direcionar as ações de vigilância em saúde do trabalhador em três frentes: (1) implementação e suporte técnico aos centros de testagens nas unidades; (2) acompanhamento da evolução de casos suspeitos e confirmados de Covid-19 entre trabalhadores/as; (3) implantação e acompanhamento do Centro de Acolhimento psicológico emergencial para trabalhadores/as da Sesab no enfrentamento da Covid-19; e (4) apoio institucional, em saúde do trabalhador, às unidades da rede assistencial, da capital e interior, sob gestão direta (GD) e indireta (GI), bem como para as unidades gestoras e administrativas – incluindo Núcleos Regionais de Saúde (NRS), Diretorias, Escola de Saúde Pública e prédio sede da Sesab.

Para subsidiar as frentes de trabalho, coube às equipes um conjunto de atribuições, entre as quais, o estabelecimento de uma rede de comunicação e articulação entre as unidades e a diretoria; implantação dos centros de testagem; distribuição de *kits* de testagem; pactuação do fluxo de entrega, análise e sistematização dos dados; monitoramento das atividades do centro de acolhimento psicológico do/a trabalhador/a e atividades educativas, a fim de qualificar, esclarecer e contribuir com a compreensão, adequação e cumprimento das normativas e fluxos de atenção e cuidado ao/a trabalhador/a.

Coube as coordenações das equipes a responsabilidade pelo estabelecimento e/ou fortalecimento da articulação entre a diretoria e trabalhadores/as de referência nas unidades da Sesab – GD e GI –, a fim de estabelecer uma rede de comunicação de modo a promover apoio matricial no desenvolvimento das atividades de enfrentamento da Covid-19. Para tanto, estabeleceu-se um canal de comunicação a partir de um conjunto de *web reuniões*, com o ob-

jetivo de qualificar, esclarecer e discutir os fluxos, a implantação das ações previstas e o esclarecimento de dúvidas decorrentes dos processos de trabalho; acompanhamento dos membros de sua equipe na recepção e (re)envio do instrumento de monitoramento dos casos suspeitos e confirmados para Covid-19; informes sobre a distribuição e entrega de *kits* de testagem, entre outros.

Aos técnicos, competiu à recepção, análise e adequação do instrumento de monitoramento dos casos suspeitos e confirmados para Covid-19 entre trabalhadores/as encaminhados pelas unidades com resultados dos testes realizados em seus Centros de Testagem Local (CTL), correções de campos incompletos, sinalização de inconsistências e reenvio às unidades com solicitação de ajustes; sinalização daquelas unidades com ausência de testes e/ou casos na semana investigada. Em relação ao Centro de Testagem e Atendimento do Trabalhador (CTA), cabia aos técnicos a recepção e o envio, às unidades de saúde e administrativas, dos resultados dos testes realizados neste, sistematizados em planilha, por local de trabalho.

Nas unidades de saúde assistenciais e administrativas o preenchimento e envio do instrumento de monitoramento dos casos suspeitos e confirmados ficou sob a responsabilidade dos Serviços Integrados de Atenção à Saúde do Trabalhador (Siasi) ou serviços de saúde ocupacional. Na ausência desses, ficou a cargo dos Núcleos de Gestão de Trabalho e Educação na Saúde (Nugtes), do setor de recursos humanos da unidade ou ainda de trabalhador de referência o envio semanal dos dados à Dgtes, sempre às segundas-feiras.

O instrumento de monitoramento dos casos suspeitos e positivos para Covid-19 entre trabalhadores da secretaria, objeto de interlocução entre as atribuições, constituiu-se em uma planilha, na qual constava informações específicas sobre os trabalhadores e sua situação de saúde, histórico de contato com caso positivo de Covid-19 ou reinfecção pelo patógeno, finalizando com dados sobre o desfecho dos casos. As informações foram estratificadas nas seguintes dimensões: identificação pessoal (nome, telefone, idade, sexo) e profissional (unidade de lotação, matrícula, cargo, vínculo, setor de trabalho), data de acolhimento do trabalhador, de realização e resultado do teste pelo método de reação em cadeia da polimerase com transcrição reversa (RT-PCR) ou ensaio imunocromatográfico para detecção rápida e qualitativa dos anticorpos IgG/IgM (teste rápido), sinais e sintomas apresentados, condições mórbidas prévias, resultado do teste e evolução daqueles com diagnóstico confirmado.

Estas informações passaram a ser sistematizadas, semanalmente, pela assessoria da diretoria, sendo divulgadas através do *Boletim Informativo Covid-19 – Trabalhadoras e Trabalhadores da Saúde*, contendo o perfil de morbimortalidade por Covid-19 e as ações desenvolvidas pela área de Gestão e Humanização do Trabalho da Sesab, por meio de apoiadores da

humanização, Siast, Nugtes, na gestão direta, e pelos serviços de saúde ocupacional ou áreas de recursos humanos na gestão indireta estadual, sempre em consonância com o disposto na Política Estadual de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde do SUS Bahia (Pegtes), e com a Política Estadual de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS Bahia (PEH).

A publicação deste Boletim visa auxiliar os diversos setores da Sesab no planejamento estratégico de novas ações preventivas a serem desenvolvidas para os/as trabalhadores/as da saúde que atuam na linha de frente do combate à Covid-19, sendo dividido em três eixos: monitoramento dos casos suspeitos e confirmados de Covid-19, divulgação de dados do acolhimento psicológico emergencial dos/as trabalhadores/as da saúde no enfrentamento da Covid-19 e práticas e ações humanizadoras para valorização e cuidado do/a trabalhador/a.

O primeiro eixo foi subdividido em testagem dos/as trabalhadores/as da Sesab, gestão direta e indireta de unidades assistenciais e de gestão, no qual é possível acompanhar o monitoramento dos testes realizados, do quantitativo de trabalhadores/as testados/as e positivados/as pela Covid-19, bem como dados sobre a incidência, segregados por faixa etária, sexo, raça/cor, tipo de vínculo e categoria profissional. A distribuição de óbitos e letalidade também é caracterizada por faixa etária, sexo e associação de comorbidades. Nesse eixo, ainda é possível monitorar a testagem dos/as trabalhadores/as das policlínicas regionais de saúde quanto ao número de testes realizados e o percentual de positivos.

O segundo eixo organiza as informações por tipo e número de atendimento, tipo de demanda e distribuição por categoria profissional. Já o terceiro e último eixo refere-se às práticas e ações humanizadoras para valorização e cuidado do/a trabalhador/a, retratando as ações desenvolvidas pelos grupos de trabalho de humanização presente nas unidades, com vistas à valorização e à promoção dos cuidados aos/as trabalhadores/as que estão na linha de frente em situação de exposição e incertezas diante desse cenário pandêmico.

Vale ressaltar que, em algumas edições do boletim, foram acrescentados outros eixos, tais como: pronto atendimento para trabalhadores do SUS; parceria intersetorial entre Sesab e Planserv; articulação intersetorial entre Sesab e Superintendência de Assistência Social do Estado da Bahia para publicação dos dados de acompanhamento do plano de contingência.

Até 29 de junho de 2021, foram elaboradas 32 edições dos boletins informativos, cujos achados direcionam as ações de prevenção e bloqueio da Covid-19 entre esse público.

TESTAGEM E MONITORAMENTO DOS CASOS

Para a interlocução com o nível central e efetivação da proposta de monitoramento, a Superintendência de Recursos Humanos (Superh), por meio Dgtes, estruturou fluxo de atenção aos/as trabalhadores/as sintomáticos/as e contactantes de caso positivo, a fim de promover-lhes acolhimento, detecção precoce, bem como proteger a saúde do coletivo e melhor gerir a manutenção da FTS.

Dessa forma, com o auxílio de instâncias parceiras, articulou a implementação do CTA e, consecutivamente os CTL. A implantação do CTA partiu da discussão e pactuação entre a gestão administrativa da Sesab, Dgtes/Superh, Comitê Estadual de Emergência em Saúde Pública (Coes/Bahia), Laboratório Central Gonçalo Muniz (Lacen)/Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde do estado da Bahia (Suvisa) e Gestão do Creasi/Superintendência de Atenção Integral à Saúde (Sais), quando se estabeleceram as responsabilidades e os recursos físicos, materiais e humanos. Tendo como público de interesse os/as trabalhadores/as da saúde das unidades da rede própria, sob gestão direta e indireta, situadas nos municípios de Salvador e Lauro de Freitas.

Para a abertura dos CTL, a Diretoria elaborou dois manuais norteadores para a implementação do espaço nas unidades, os quais apresentavam critérios técnicos para a composição da sala de testagem relacionados às estruturas, fluxos, quantitativo de pessoal e protocolos para realização dos exames. Somado a isso, solicitou-se aos gestores das unidades a designação de técnicos de referência, os quais seriam responsáveis pela implementação do espaço, que envolvia: logística de aquisição e reposição de materiais e insumos e execução do acolhimento, teste diagnóstico e monitoramento dos casos.

No total, foram implementados 76 CTL, sendo 45 na capital e região Metropolitana de Salvador (RMS)¹ e 31 no interior, e o CTA, localizado na capital, perfazendo 77 centros de testagem para os trabalhadores da saúde (Tabela 1).

Tabela 1. Centros de testagens locais em unidades de saúde e administrativas da Sesab por local, de 1 de abril a 29 de junho de 2021. Salvador, Bahia – 2021

TIPO DE UNIDADE	CAPITAL E RMS	INTERIOR
Unidades de saúde	43	23
Unidades administrativas	2	8
Total	45	31

Fonte: Dgtes/Superh/Sesab, 2021.

1 - A Lei Complementar Federal nº 14/1973 instituiu a RM de Salvador em 8 de junho de 1973, estabelecendo a composição dessa região por oito municípios: Salvador, Camaçari, Candeias, Itaparica, Lauro de Freitas, São Francisco do Conde, Simões Filho e Vera Cruz.

A qualificação técnica para a implementação desses centros, realização dos exames diagnósticos e o preenchimento das planilhas de monitoramento dos casos suspeitos e confirmados de Covid-19 entre os/as trabalhadores/as foi realizada por meio de processos formativos, via Telessaúde, *web reuniões*, contatos via telefone e e-mail com as equipes de monitoramento da Dgtes.

Como resultado da implantação e seguimento dos centros de testagens, entre abril de 2020 a julho de 2021, foram recebidas e analisadas 4.375 planilhas das unidades administrativas, assistenciais de GD e GI, e do CTA (Tabela 2). É importante destacar que o quantitativo de planilhas recebidas variou durante os meses devido a diversos motivos, tais como: fechamentos dos abrigos e/ou hospitais de campanha, dificuldades para a realização dos testes e preenchimento das planilhas, envio fora do prazo ou não envio.

Tabela 2. Planilhas de acompanhamento da Covid-19, de 1 abril de 2020 a 29 de junho de 2021. Salvador, Bahia – 2021

MÊS	PLANILHAS ANALISADAS	
	N. SEMANAL	N. MENSAL
Abril/2020	28	118
Maio/2020	63	269
Junho/2020	72	308
Julho/2020	71	304
Agosto/2020	69	295
Setembro/2020	81	347
Outubro/2020	77	330
Novembro/2020	75	321
Dezembro/2020	73	313
Janeiro/2021	75	321
Fevereiro/2021	74	317
Março/2021	75	300
Abril/2021	70	280
Maio/2021	70	280
Junho/2021	68	272
Total	-	4.375

Fonte: Dgtes/Superh/Sesab, 2021.

De acordo com os dados consolidados, a Sesab realizou até 29 de junho de 2021, 74.855 testes diagnósticos em 45.135 trabalhadores que atuam na rede estadual, cobertura de 92,3% do total de seus 48.894 trabalhadores, entre os quais 11.089 (24,6%) foram casos positivos para a infecção pelo SARS-CoV-2. Conforme demonstra a Tabela 3, do total de testes realizados no período referido, 53.000 foram realizados em trabalhadores da saúde nos CTL e 21.855 no CTA.

Tabela 3. Total de testes realizados em trabalhadores da saúde da Sesab por local de realização, de 30 de março de 2020 a 29 de junho de 2021. Salvador, Bahia – 2021.

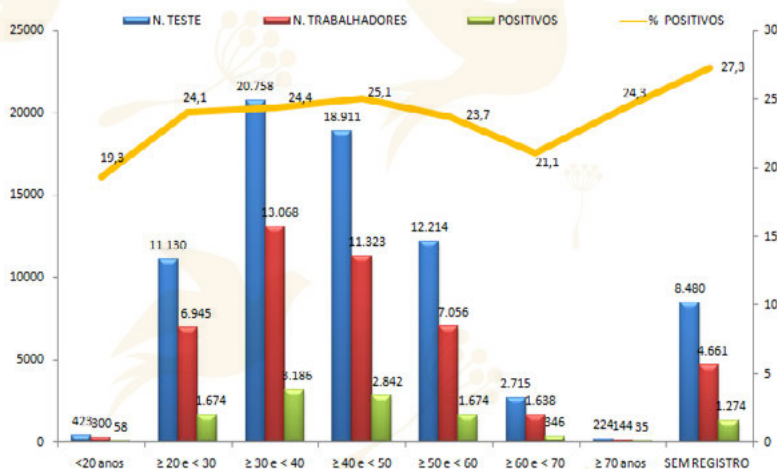
MÊS	TESTES REALIZADOS POR MÊS		
	N. TESTES CTA	N. TESTES CTL	N. TESTES
Março/2020	15	62	77
Abril/2020	770	1.070	1.840
Maio/2020	3.732	7.920	11.652
Junho/2020	3.950	12.618	16.568
Julho/2020	2.137	13.182	15.319
Agosto/2020	1.456	3.449	4.905
Setembro/2020	2.024	2.696	4.720
Outubro/2020	1.159	4.035	5.194
Novembro/2020	877	2.929	3.806
Dezembro/2020	1.225	793	2.018
Janeiro/2021	992	1.352	2.344
Fevereiro/2021	162	529	691
Março/2021	1.212	1.025	2.237
Abril/2021	652	340	992
Maio/2021	833	640	1.473
Junho/2021	659	360	1.019
Total	21.855	53.000	74.855

Fonte: Dgtes/Superh/Sesab, 2021.

Características demográficas e laborais dos casos positivos

Em relação aos eixos estruturantes do plano, o Eixo 1 no que tange às características da força de trabalho, em relação ao sexo, o feminino apresentou o maior número de trabalhadores testados, com 31.796 (70,4%), e maior incidência (24,8%). Com relação à faixa etária com maior número absoluto de trabalhadores testados, foi entre 30 e 39 anos, com 13.068 (29,0%). Todavia, ao ser analisada a incidência, a maior proporção está entre a faixa etária entre 40 e 49 (25,1%).

Gráfico 1. Distribuição de testes realizados, número de trabalhadores testados, positivos e proporção de positivos para Covid-19 por faixa etária, entre 30 de abril de 2020 e 29 de junho de 2021. Salvador, Bahia – 2021.

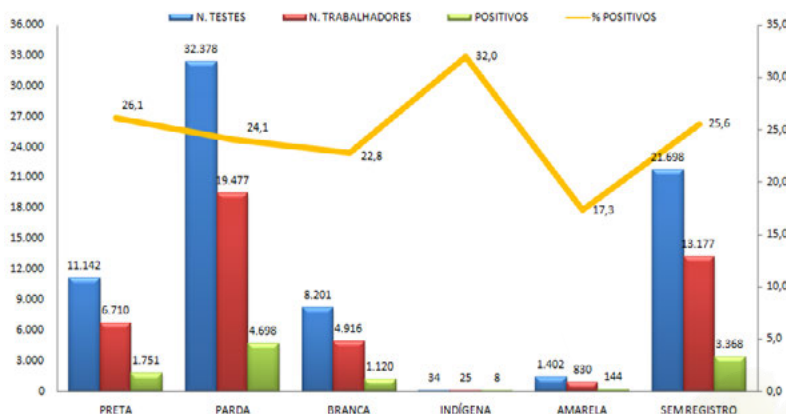


Fonte: Siast/CTA/Cievs/Sesab.

No quesito *raça/cor*, foram encontradas, entre o total de trabalhadores/as testados/as, 31.958 manifestações, mantendo a predominância de pardos 19.477 (61,0%). Entretanto, o maior percentual de contaminação para Covid-19 permanece entre os indígenas, 32,0% (Gráfico 2).

É importante salientar que, mesmo o instrumento apresentando o campo *raça/cor*, o percentual de trabalhadores/as que não declararam a informação se mantém alto: 29,2% (13.177) entre os testados e 30,4% (3.368) dos positivos (Gráfico 2).

Gráfico 2. Testes realizados, número de trabalhadores testados, positivos e proporção de positivos para Covid-19 por *raça/cor* autodeclarada, entre 4 de março de 2020 e 29 de Junho de 2021. Salvador, Bahia – 2021.



Fonte: Siast/CTA/Cievs/Sesab.

Quando comparado o tipo de vínculo, ressalta-se que o grupo dos terceirizados apresentaram o maior número de trabalhadores/as testados/as e de positivos/as, 17.686 (39,2%) e 4.684 (42,2%), respectivamente, sendo o vínculo estatutário e federal (Ministério da Saúde) o de maior proporção de confirmados para Covid-19, 27,4% (Tabela 4).

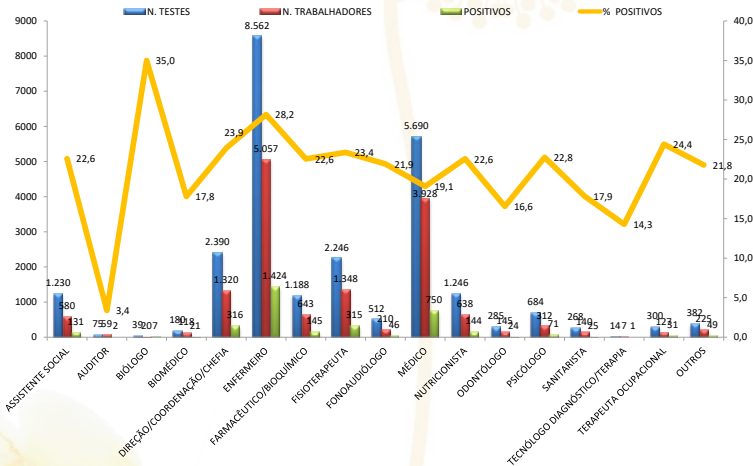
Tabela 4. Testes realizados, número de trabalhadores testados e positivos para Covid-19 por tipo de vínculo, de 30 de março de 2020 a 29 de junho de 2021. Salvador, Bahia – 2021

VÍNCULO	N. TESTES	N. TRABALHADORES	POSITIVOS	%
MUNICIPAL	30	17	4	23,5
CLT	10.976	7.643	1.859	24,3
PJ	2.194	1.685	253	15,0
ESTATUTÁRIO	19.121	10.353	2.833	27,4
ESTAGIÁRIO	150	139	19	13,7
TERCEIRIZADO	28.513	17.686	4.684	26,5
1º EMPREGO	1.441	756	206	27,2
RESIDENTE	828	476	97	20,4
VOLUNTÁRIO	8	8	1	12,5
CARGO	2.134	1.042	203	19,5
REDA	206	90	19	21,1
MINISTÉRIO DA SAÚDE	139	95	26	27,4
SEM REGISTRO	9.115	5.144	885	17,2
TOTAL	74855	45.134	11.089	24,6

Fonte: Siast/CTA/Cievs/Sesab.

Quando analisadas as categorias profissionais, entre as de nível universitário, as maiores proporções de contaminação estão entre biólogos/as (35,0%), enfermeiros/as (28,2%) e os terapeutas ocupacionais (24,4%).

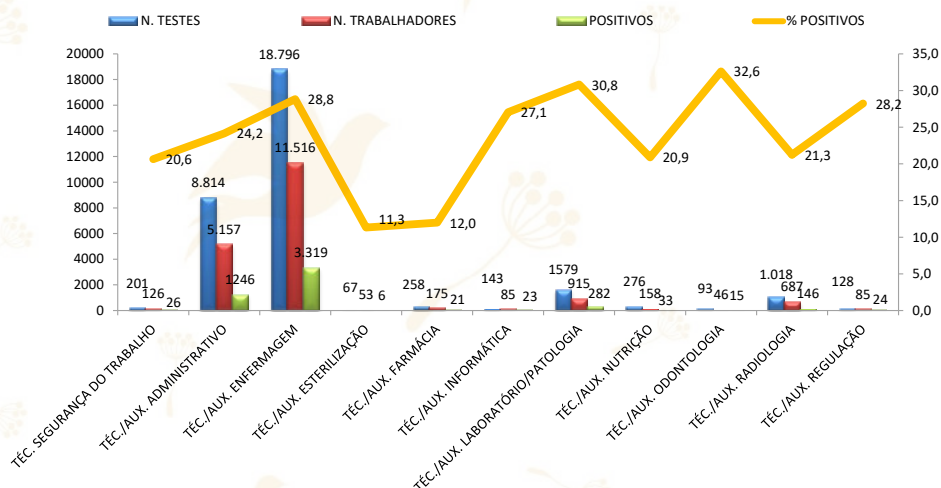
Gráfico 3. Testes realizados, número de trabalhadores testados, positivos e proporção de positivos para Covid-19 por categoria de nível universitário, de 30 de março de 2020 a 29 de junho de 2021. Salvador, Bahia – 2021



Fonte: Siast/CTA/Cievs/Sesab.

Entre as categorias de nível técnico, registrou-se para técnicos/auxiliares de odontologia 32,6%; e técnicos/auxiliares de laboratório/patologia 30,8% e os técnicos/auxiliares de enfermagem 28,8%.

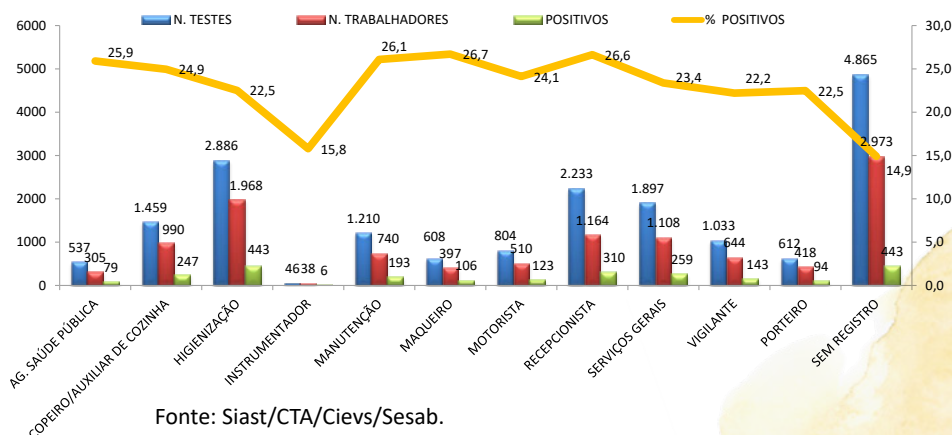
Gráfico 4. Testes realizados, número de trabalhadores testados, positivos e proporção de positivos para Covid-19 por categoria de nível técnico, de 30 de março de 2020 a junho de 2021. Salvador, Bahia – 2021



Fonte: Siast/CTA/Cievs/Sesab.

Entre os de nível médio, as maiores proporções de positivos estão os maqueiros (26,7%), as recepcionistas (26,6%) e os aqueles que atuam na manutenção (26,1%).

Gráfico 5. Testes realizados, número de trabalhadores testados, positivos e proporção de positivos para Covid-19 por categoria e nível médio, de 30 de março de 2020 a 29 de junho de 2021. Salvador, Bahia – 2021



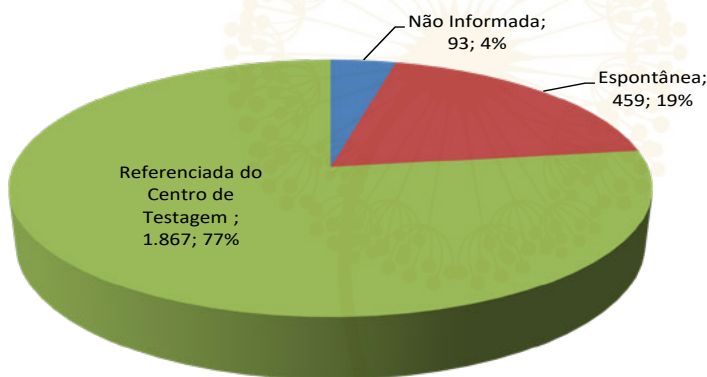
Fonte: Siast/CTA/Cievs/Sesab.

Quanto aos casos que evoluíram para o óbito, de um total de 18 vítimas fatais, a maior letalidade foi encontrada na faixa etária maior ou igual a 70 anos (5,71%), sendo maior o número absoluto entre o sexo masculino, com 14 óbitos (0,45%), enquanto no feminino ocorreram 4 (0,05%), o que sugere um maior risco de morrer entre os homens. O mesmo pode ser dito com relação à comorbidade em indivíduos com idade inferior a 40 anos, dado que os 02 casos de óbito nesta faixa etária apresentaram alguma doença associada, diferente dos casos ocorridos entre aqueles com idade superior a 40 anos, nos quais, necessariamente, a comorbidade não estava presente.

Sofrimento psíquico e problemas de saúde mental entre os trabalhadores/as

Entendendo que o adoecimento pela Covid-19 agrava e/ou desencadeia perturbações psicológicas, criou-se como estratégia a abertura do Centro de Acolhimento Psicológico Emergencial para Trabalhadores da Saúde com a oferta de atendimento por demanda pontual, necessidade continuada e demandas críticas. Ao analisarmos a assistência com relação ao fluxo de chegada da demanda, verifica-se que 1.867 (77%) foram referenciados pelo Centro de Testagem Covid-19 para trabalhadores da Saúde (CTA), e 459 (19%) por demanda espontânea; em 93 (4%) casos, não há essa informação (Gráfico 6).

Gráfico 6. Atendimento por tipo de demanda, período de 8 de abril a 21 de dezembro de 2020. Salvador, Bahia – 2021

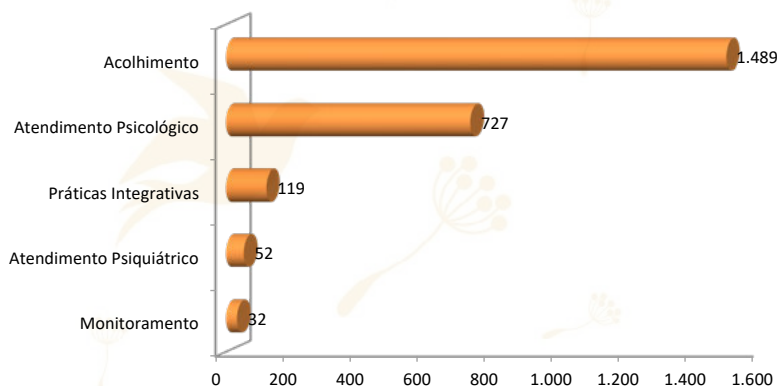


Fonte: Centro de Acolhimento Psicológico Emergencial para Trabalhadores da Saúde/Sesab, 2021.

Desde a sua inauguração, o centro de acolhimento psicológico atendeu 2.419 usuários/as, entre trabalhadores/as da saúde e de outras áreas produtivas do estado. Desses, 1.489 são acolhimentos relacionados ao suporte emocional, alívio de tensão e estresse; 727 são atendimentos psicológicos, para aqueles que buscam o serviço em razão de estafa, crise de ansiedade, entre outros; 119 práticas integrativas à distância, estratégias de autocuidado indicadas pelo Ministério da Saúde para doenças como depressão; e 52 atendimentos

psiquiátricos para trabalhadores/as que solicitam atendimento por demandas críticas, como ideação suicida e/ou transtornos mentais, a exemplo de síndrome do pânico, ansiedade generalizada, dentre outros (Gráfico 7).

Gráfico 7. atendimentos realizados no Centro de Acolhimento Psicológico Emergencial para Trabalhadores da Saúde, por tipo, de 8 de abril a 21 de dezembro de 2020. Salvador, Bahia – 2021



Fonte: Centro de Acolhimento Psicológico Emergencial para Trabalhadores da Saúde/Sesab, 2021.

Ao observarmos os atendimentos pela variável categoria profissional, averigua-se que as(os) técnicas(os)/auxiliares de enfermagem figuram em primeiro lugar para todos os tipos de atendimentos ofertados pelo centro, com: 254 (17,1%) acolhimentos, 237 (32,6%) atendimentos psicológicos, 17 (32,7%) atendimentos psiquiátricos, 32 (26,9%) práticas integrativas e 9 (28,1%) monitoramentos (Tabela 5).

Ao exame das demais categorias profissionais atendidas, verifica-se que os(as) técnicos(as)/auxiliares administrativos, com 155 (10,4%) teleatendimentos, enfermeiras/os, com 112 (7,5%), e recepcionistas, com 109 (7,6%), são, consequentemente, quem mais procurou o acolhimento. No atendimento psicológico, as três categorias permanecem como as maiores demandantes do serviço: técnicos/auxiliares administrativos, 74 (10,2%), enfermeiras/os, 66 (9,1%), e recepcionistas, 45 (6,2%) sessões à distância, em sequência (Tabela 5).

É importante destacar que, apesar de o centro estar voltado, preferencialmente, para o atendimento de trabalhadores/as da saúde, percebe-se a utilização por profissionais de outras áreas, a exemplo dos policiais militares, com 81 (5,4%) acolhimentos, e familiares de trabalhadores/as que foram a óbito ou se encontram com demandas críticas, com 5 (0,3%) acolhimentos até então (Tabela 5).

Tabela 5. Distribuição dos acolhimentos realizados no Centro de Acolhimento Psicológico Emergencial para Trabalhadores da Saúde, por categoria profissional, de 8 de abril a 21 de dezembro de 2020. Salvador, Bahia – 2021.

Categoria profissional	Acolhimento		Atendimento psicológico		Atendimento psiquiátrico		Práticas integrativas		Monitoramento
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Agente de portaria	12	0,8%	12	1,7%	-	-	-	-	-
Agente de saúde	5	0,3%	-	-	-	-	-	-	-
Agente operacional	8	0,5%	1	0,1%	1	1,9%	2	1,7%	-
Ajudante prático	3	0,2%	-	-	-	-	-	-	-
Almoxarife/Aux. Almoxarifado	5	0,3%	2	0,3%	-	-	-	-	-
Ass. Social	30	2,0%	16	2,2%	6	11,5%	10	8,4%	4
Assessor(a)	21	1,4%	-	-	-	-	-	-	-
Aux./Téc. Adm	155	10,4%	74	10,2%	2	3,8%	5	4,2%	1
Aux./Téc. de Enfermagem	254	17,1%	237	32,6%	17	32,7%	32	26,9%	9
Aux./Téc. Nutrição	2	0,1%	3	0,4%	-	-	-	-	-
Auxiliar de farmácia	4	0,3%	1	0,1%	-	-	-	-	-
Coordenador(a)	98	6,6%	13	1,8%	2	3,8%	-	-	-
Copeiro(a)	17	1,1%	9	1,2%	2	3,8%	-	-	-
Diretor	7	0,5%	1	0,1%	-	-	-	-	-
Enfermeiro(a)	112	7,5%	66	9,1%	2	3,8%	7	5,9%	2
Farmacêutico(a)	16	1,1%	27	3,7%	1	1,9%	2	1,7%	-
Fisioterapeuta	18	1,2%	15	2,1%	2	3,8%	1	0,8%	2
Fonoaudiólogo(a)	10	0,7%	-	-	-	-	-	-	1
Garçom	3	0,2%	-	-	-	-	-	-	-
Higienização	75	5,0%	16	2,2%	-	-	5	4,2%	1
Jornalista	3	0,2%	3	0,4%	-	-	2	1,7%	1
Manutenção	18	1,2%	2	0,3%	-	-	-	-	-
Maquero	14	0,9%	5	0,7%	-	-	-	-	-
Médico(a)	60	4,0%	4	0,6%	-	-	3	2,5%	1
Motorista	21	1,4%	6	0,8%	3	5,8%	-	-	-
Nutricionista	14	0,9%	-	-	-	-	6	5,0%	-
Odontólogo	3	0,2%	1	0,1%	-	-	-	-	-
Op. Telemarketing	3	0,2%	1	0,1%	-	-	-	-	-
Outros/familiar	5	0,3%	-	-	1	1,9%	-	-	-
Policial militar	81	5,4%	12	1,7%	1	1,9%	3	2,5%	-
Psicólogo(a)	16	1,1%	2	0,3%	-	-	-	-	-
Recepcionista	109	7,3%	45	6,2%	2	3,8%	14	11,8%	5
Sanitarista	10	0,7%	6	0,8%	-	-	3	2,5%	1
Secretária	9	0,6%	6	0,8%	-	-	6	5,0%	2
Téc. Informática	8	0,5%	-	-	-	-	-	-	-
Tec.	25	1,7%	9	1,2%	2	3,8%	2	1,7%	-
Patologia/Laboratório	4	0,3%	-	-	-	-	-	-	-
Téc. Radiologia	4	0,3%	-	-	-	-	-	-	-
Terapeuta Ocupacional	11	0,7%	6	0,8%	1	1,9%	4	3,4%	-
Vigilante	7	0,5%	-	-	-	-	-	-	-
Não informado	59	4,0%	100	13,8%	2	3,8%	12	10,1%	2
Outros	154	10,3%	26	3,6%	5	9,6%	-	-	-
Total geral	1.489	100,0%	727	100,0%	52	100,0%	119	100,0%	32

Fonte: Centro de Acolhimento Psicológico Emergencial para Trabalhadores da Saúde/Sesab. *O grupo "outros" compõe as categorias profissionais com quantitativo de trabalhadores acolhidos iguais ou menores que 2.

PRÁTICAS E AÇÕES DE VALORIZAÇÃO E HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO AOS TRABALHADORES/AS

No terceiro e último eixo, as práticas e ações humanizadoras para valorização e cuidado dos/as trabalhadores/as foram desenvolvidas pelos Grupos de Trabalho de Humanização (GTH) e Serviços Integrados de Atenção à Saúde do Trabalhador (Siast), visando a valorização e promoção do cuidado das(os) trabalhadoras(es) que estão na linha de frente, em situação de exposição e incertezas diante desse cenário pandêmico. Dessa forma, a humanização, com seus dispositivos e diretrizes, pôde contribuir com a qualidade da atenção e gestão do SUS, conforme as Políticas Nacional e Estadual de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS, em articulação com o Paist da Sesab.

Entre as práticas desenvolvidas estão diferentes iniciativas de promoção da saúde e prevenção de riscos no ambiente de trabalho, ações de valorização da dimensão subjetiva, fomento da grupalidade, promoção de autocuidado, ampliação do diálogo e autonomia dos sujeitos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em face da necessidade premente de se adequar à nova demanda por informação, atenção e cuidado com a saúde dos trabalhadores, a Dgtes buscou reestruturar-se internamente, apostando no trabalho multiprofissional, o que possibilitou a redefinição do objeto de intervenção e a inserção de novos instrumentos e tecnologias nos processos de trabalho, superando, com isso, as práticas individuais.

Certamente, esse movimento de integração de equipe não passou ileso de conflitos provenientes das tensões próprias do momento pandêmico e da intensidade das ações de contingência, da súbita alteração dos processos e organização do trabalho, divergências de ritmo, conhecimentos e habilidades técnicas e relacionais.

Entretanto, houve também esforço em prol de integração, interação, reciprocidade, cooperação e conexão entre os diferentes sujeitos envolvidos, e busca por reconhecerem-se e valorizarem-se mutuamente, características potentes do trabalho em equipe e interprofissional (PEDUZZI, 2001; SOUZA, HAMANN, 2009).

Como resultado, foram implementadas, com êxito, um conjunto de estratégias de prevenção de riscos e proteção da saúde dos/as trabalhadores/as da Sesab, incluindo serviços, medidas e fluxos de acolhimento e cuidado à saúde física e mental, bem como a publicização de informações sobre a

evolução da contaminação dos/as trabalhadores/as no ambiente de trabalho e o impacto da Covid-19 nesse contingente, através da elaboração dos boletins epidemiológicos/informativos, que subsidiaram a tomada de decisões mais assertivas e estratégicas.

Cabe destacar que esta ferramenta de baixo custo, devido ao seu formato exclusivamente digital, assumiu uma função essencial na pandemia da Covid-19, não só por informar a população sobre a situação de saúde dos/as trabalhadores/as no enfrentamento da pandemia, mas por facilitar, a estes próprios, o acesso a informações epidemiológicas; bem como, subsidiar a tomada de decisões e o acompanhamento das medidas preconizadas no Plano de Contingência do Estado.

Assim, os dados de monitoramento e de incidência da doença entre trabalhadores/as foram fundamentais para a atuação da gestão em ações de prevenção e bloqueio da transmissão da Covid-19 em sua FTS, a exemplo de: disponibilização de hotel para cumprimento de “quarentena” dos trabalhadores positivos para a Covid-19, abertura de pronto atendimento exclusivo para os trabalhadores da saúde, bem como do centro de acolhimento psicológico para esse mesmo público, e construção e publicação de documentos normativos que visam a proteção do trabalhador da saúde.

Consideramos ainda que os boletins estimulam que outras gestões, estados e municípios se inspirem na iniciativa e possam elaborar seus informativos, gerando uma rede de comunicação que fortaleça a gestão do trabalho em saúde, compartilhando experiências, desafios e perspectivas. Ainda mais, a elaboração dos informativos incentiva as equipes que produzem dados e sistematizam as informações a ampliar o olhar sobre os problemas de saúde, bem como desenvolver competências no manejo dos dados, na organização e apresentação de gráficos e tabelas, no aperfeiçoamento da linguagem, para que a informação seja comunicada de forma transparente, verdadeira e segura.

Certamente, ao fim da pandemia, serão necessárias novas estratégias para garantir a continuidade dos serviços de atenção à saúde do trabalhador da saúde nas unidades de GD e GI da Sesab, sobretudo para também se pensar no monitoramento e avaliação de possíveis casos de reinfecção e sequelas da Covid-19 nos trabalhadores acometidos pela enfermidade.

REFERÊNCIAS

Bahia. Secretaria da Saúde do Estado. Superintendência de Recursos Humanos da Saúde. Programa de Atenção Integral à Saúde da Trabalhadora e do Trabalhador da Sesab (Paist): Documento Base / Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Superintendência de Recursos Humanos da Saúde. Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Salvador. 2014. 48p.

Baker MG, Peckham TK, Seixas NS. Estimating the burden of United States workers exposed to infection or disease: a key factor in containing risk of Covid-19 infection. MedRxiv. 2020

Braga LC, Binder MCP. Condições de trabalho dos profissionais da rede básica de saúde de Botucatu-SP. Anais do 10o Congresso Paulista de Saúde Pública; 2007 out 27-31; São Pedro (SP). São Paulo (SP): Associação Paulista de Saúde Pública; 2007.

Facchini LA, Nobre LCC, Faria NM, Fassa AG, Thumé E, Tomasi E, et al. Sistema de Informação em Saúde do Trabalhador: desafios e perspectivas para o SUS. Ciênc Saúde Colet. 2005;10(4):85767.

Helioterio MC, Lopes FQRS, Sousa CC, Oliveira F, Pinho PS, Sousa FNF, et al. Covid-19: Por que a proteção de trabalhadores e trabalhadoras da saúde é prioritária no combate à pandemia?. Trab Educ Saúde. 2020;18 (3): e 00289121.

Henriques CMP, Vasconcelos W. Crises dentro da crise: respostas, incertezas e desencontros no combate à pandemia da Covid-19 no Brasil. Estud Av. 2020;34(99):2544.

Organización Panamericana de la Salud. Alerta Epidemiológica: Covid-19 en personal de salud. Washington (DC); 2020 ago 31.

Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. Rev Saúde Pública. 2001;35(1):1039.

Santana VS, Maia AP, Carvalho C & Luz G. Incidência de acidentes de trabalho não fatais: diferenças de gênero e tipo de contrato de trabalho. Cadernos de Saúde Pública. v. 2003,19(2):481-492.

Silva, EA, Costa, II. Saúde mental dos trabalhadores em saúde mental: estudo exploratório com os profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial de Goiânia/Go. Psicologia em Revista, Belo Horizonte, v. 2008;14(n. 1), p. :83-106.

Sousa MF, Hamann EM. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta. Ciênc Saúde Colet. 2009;14(Supl. 1):132535.

Trindade LL, Lautert L. Síndrome de Burnout entre os trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família. Rev Esc Enferm USP. 2010;44(2):2749.

Xiang YT, Yang Y, Li W. et al. Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. The Lancet Psychiatry, v.2020; 7 (n. 3), p. :228-229.

CAPÍTULO 16

*Bruno Guimarães de Almeida
Catharina Leite Matos Soares
Erica Cristina Silva Bowes
Isabela Cardoso de Matos Pinto
Janaína Peralta de Souza
Silvana Lima Vieira*

Plano de Contingência Covid-19 para Trabalhadores e Trabalhadoras da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia: Trilhas do Cuidado

Existo onde me desconheço
aguardando pelo meu passado
ansiando a esperança do futuro.

No mundo que combato morro
no mundo por que luto nasço.

Mia Couto

PLANO DE CONTINGÊNCIA COVID-19 PARA TRABALHADORES E TRABALHADORAS DA SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA: TRILHAS DO CUIDADO

INTRODUÇÃO

Em 11 de março de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) classificou a doença Covid-19 como uma pandemia. Trata-se de uma doença nova, que de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) é causada pelo coronavírus Sars-Cov-2, cujo quadro clínico varia de infecções assintomáticas a quadros respiratórios graves, gerando a adoção de medidas de isolamento social em vários países, somente mitigadas, mais recentemente, com o avanço das campanhas de vacinação

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), em julho de 2021, o mundo alcançou a marca de 185 milhões de casos de infecção ao novo coronavírus e mais 4 milhões de mortes. No Brasil, de acordo os dados do consórcio de veículos de imprensa, já ultrapassou a marca de 19 milhões de infectados e um total de 532 mil óbitos pela Covid-19, situação sanitária crítica que tem exigido a coordenação de esforços dos entes federados para o controle e mitigação da pandemia.

Nesse contexto, os especialistas destacam que 12% dos infectados por coronavírus no Brasil são profissionais de saúde (BRASIL, 2020), cenário semelhante de outros países que experimentaram os efeitos dessa pandemia antes do Brasil, a exemplo da Espanha. Essa situação, levou os serviços de saúde a redefinirem processos de trabalho e organizarem ações que garantissem a segurança e proteção da saúde para os trabalhadores envolvidos no cuidado da população, a fim de evitar o contágio relacionado à exposição ocupacional frente a Covid-19 ou até um possível *apagão* de profissionais de saúde no Brasil. Além do cenário epidemiológico de pandemia, outros riscos de adoecimento se somam devido à sobrecarga e pressão no trabalho, medo, incertezas, quadros de ansiedade, estresse e sofrimento psíquico durante esse período (TEIXEIRA et al, 2020).

Estudos realizados em vários países confirmam que os profissionais de saúde, sobretudo aqueles que atuam na linha de frente, representam o grupo populacional de maior exposição e risco de contrair a covid-19 (ADAMS; WALLS, 2020; RAN *et al*, 2020; CHU *et al*, 2020; HUANG *et al*, 2020; NG *et al*, 2020; KANG *et al*, 2020), demandando intervenções de modo a protegê-los. Em revisão de literatura, Teixeira e *col.* (2020) apontam que tais intervenções são de naturezas distintas e constituem ações de promoção e proteção da saúde, incluindo a saúde mental; ações de reorganização dos processos de trabalho, assim como de qualificação profissional.

Considerando que as ações e propostas voltadas para o enfrentamento de problemas na área da saúde devem estar organizadas em

planos estruturados, de modo a expressar a intenção em reverter o problema central que demandou a formulação de tal plano (FLEURY; OVERNEY, 2008), é importante ressaltar que, no caso de emergências de saúde pública (SPIN), essa resposta estruturada se formaliza por meio dos planos de contingência (PC). Tais planos têm por finalidade atender a um evento inesperado, a exemplo de estado de calamidade pública, indicando as ações necessárias para que o evento impacte o mínimo possível na população e orienta como devem ser organizadas as respostas necessárias para intervir, controlar e combater as consequências do evento.

Consoantes a esta perspectiva, foram elaborados Planos de contingência, documentos normativos que apresentam recomendações estratégicas imediatas, responsabilidades, prioridades e orientam o investimento de recursos em situações emergenciais, como o enfrentamento da covid-19 (BRASIL, 2020). Esses documentos foram elaborados em nível nacional, pelo Ministério da Saúde, pelas secretarias estaduais e do Distrito Federal e a nível municipal, e vem sendo implementados e aperfeiçoados à medida que a pandemia avança nos diversos territórios.

Poucos trabalhos, entretanto, tem tratado de analisar os planos de contingência no contexto de covid-19, podendo-se citar a estudo de Albuquerque (2020), que tratou de comparar o conteúdo do Plano de Contingência Nacional às orientações da Organização Mundial da Saúde publicadas no Covid-19: Operational Planning Guidelines to Support Country Preparedness and Response e Peres, e Coleman e Silva (2021), que analisaram a compatibilidade entre os Planos Estaduais de Saúde (Pes) das 27 Secretarias Estaduais de Saúde (Ses) para o período de 2020 a 2023 e seus respectivos planos de contingência à Covid-19.

As ações e propostas voltadas para garantir a saúde dos trabalhadores de saúde que se infectarem nos serviços de saúde onde estão sendo atendidos os pacientes de Covid-19 devem constituir ou estar representadas nos planos de enfrentamento da pandemia. Análise exploratória, entretanto, aponta que, dos 26 estados da Federação e o Distrito Federal, somente três estados elaboraram planos específicos para trabalhadores da saúde, quais sejam: Bahia, Mato Grosso do Sul e Tocantins, sendo a Bahia o estado pioneiro nessa direção. O documento elaborado teve como objetivo implementar estratégias e ações para prevenção de riscos e agravos, bem como promoção da saúde dos trabalhadores da Sesab, contemplando serviços, medidas e fluxos de acolhimento e cuidado à saúde física e mental para o enfrentamento da Covid-19, na perspectiva das Políticas da saúde do trabalhador, Gestão do Trabalho e Educação na Saúde do SUS-Bahia e Humanização da Atenção e da Gestão do SUS.

Por ser pioneiro e ter inclusive orientado a formulação de PC para os trabalhadores de outros estados, relatar a experiência da Bahia é uma

importante contribuição para o aperfeiçoamento das políticas públicas e pode subsidiar os gestores no enfrentamento de situações futuras. Diante dessas considerações, este capítulo apresenta a experiência da Bahia na elaboração do Plano de Contingência para os seus trabalhadores, passando por uma breve análise acerca da visão geral do lugar ocupado pelos trabalhadores de saúde nos PC elaborados por outros estados da federação e no DF.

O LUGAR OCUPADO PELOS TRABALHADORES DE SAÚDE NOS PLANOS DE CONTINGÊNCIA DOS ESTADOS DA FEDERAÇÃO E DO DISTRITO FEDERAL

A elaboração do Plano Nacional de Respostas às Emergências em Saúde Pública esteve a cargo da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS)/MS, órgão que tem a função de coordenar, planejar e operacionalizar apoio logístico e financeiro aos gestores subnacionais em situações de Emergências em Saúde Pública (BRASIL, 2020). As diretrizes deste PC devem orientar a elaboração dos PC estaduais e municipais, instrumentalizando os gestores dos serviços de saúde da rede de atenção públicos, filantrópicos e privados para implementação de ações adequadas e oportunas, a fim de reduzir complicações e danos ocasionados pela Covid-19 na população.

A análise dos PC permitiu observar que o Ministério da Saúde, os Estados e o Distrito Federal abordaram, de forma diversa, a problemática dos trabalhadores e profissionais de saúde no contexto da pandemia, em diferentes níveis de profundidade e especificidade, com variações de um estado para outro. Em alguns planos é possível observar a proposição de ações inespecíficas e em outros, algum grau de detalhamento, apontando ações de promoção e proteção da saúde, com destaque para a testagem e monitoramento dos casos confirmados e suspeitos entre os trabalhadores de saúde, manejo clínico dos casos confirmados, definição de fluxos para o seguimento e monitoramento dos casos confirmados na rede de atenção à saúde e também acompanhamento dos trabalhadores afetados pela doença e suas consequências.

Importante destacar que foram muitas as atualizações que os planos sofreram no período compreendido entre março 2020 a junho 2021. Nesse sentido, as primeiras versões focam, especialmente, na preparação de resposta da rede de atenção à saúde, enquanto que as versões mais recentes incluem ações direcionadas à educação permanente dos profissionais de saúde no manejo clínico da síndrome gripal, Biossegurança e Saúde do Trabalhador, com enfoque no reforço do uso de Equipamento de Proteção Individual para trabalhadores e funcionários de limpeza, laboratórios, porto e aeroportos.

O Plano de Contingência elaborado pelo MS centra-se em medidas sanitárias e de controle da covid-19. No que se refere aos trabalhadores dos serviços de saúde, coloca em destaque os trabalhadores da assistência, da

vigilância em Saúde, da Gestão em saúde, de apoio e da conservação (BRASIL, 2020; p.9) e ainda, apresenta as obrigações dos serviços em relação à proteção à saúde do trabalhador. Destaca-se no documento a referência à Lei Orgânica do SUS, nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 que garante a promoção e proteção da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, bem como a recuperação, reabilitação e assistência às vítimas de acidentes doenças e agravos relacionados ao trabalho. Neste sentido, todos os serviços de saúde devem garantir a adoção de medidas e mecanismos de proteção e promoção à saúde para todos os trabalhadores que atuam nos serviços, sejam ele empregados, terceirizados ou pertencentes a outras modalidades de vínculos. Para o cumprimento de tal tarefa, os serviços precisam definir e garantir espaços de representação e escuta para as distintas categorias de trabalhadores de saúde, deixando-os informados, qualificados, conscientizados e mobilizados para ações de proteção necessárias contra a Covid-19 (BRASIL, 2020).

Outro aspecto mencionado no plano nacional diz respeito à necessidade de acolher as demandas de saúde mental que podem ocorrer em decorrência do estresse no trabalho de enfrentamento da Covid-19. Nessa direção, as recomendações contidas no documento estão direcionadas aos líderes de equipes ou gerentes, enfatizando a necessidade de se promover o autocuidado dos trabalhadores. No entanto, essas orientações estão descritas de forma genérica, sem considerar as especificidades dos distintos níveis de organização dos serviços onde os trabalhadores desenvolvem suas práticas de saúde, em outras palavras, sem contemplar os distintos níveis de atenção (básica, especializada e hospitalar).

O PC para trabalhadores da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, por sua vez, foi formulado pela Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (Dgtes), e constituiu-se como o primeiro plano do país, voltado para o estabelecimento de estratégias para proteção dos trabalhadores que atuam no enfrentamento da pandemia da Covid-19. A normativa tem como objetivo geral: Propor estratégias e ações de prevenção de riscos e agravos e promoção à saúde do trabalhador da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Sesab), contemplando serviços, medidas e fluxos de acolhimento e cuidado à saúde física e mental para o enfrentamento da Covid-19, em consonância com a Política de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde do Estado da Bahia (BAHIA, 2020). Este documento apresenta estrutura mais robusta, contemplando ações e estratégias ampliadas, que vão desde a proteção social para os trabalhadores, à promoção e proteção da saúde do trabalhador e à assistência e cuidado para os mesmos. Nesse particular, reconhece-se ações de reorganização dos serviços no atendimento às pessoas consideradas casos suspeitos e confirmados, orientações para o enfrentamento da Covid-19, fluxos e ações de atenção à saúde dos trabalhadores da Sesab no enfrentamento a Covid-19. O documento destaca ainda a criação das centrais de testagens

para detecção da Covid-19 para trabalhadores da Sesab, implantação de serviço de acolhimento psicológico emergencial aos trabalhadores da saúde e de vacinação. São identificadas outras ações como criação de banco de currículo de profissionais de saúde; adoção de medidas de proteção social para trabalhadores da saúde; incorporação de rede de serviços e apoiadores institucionais e construção de parcerias Intersetoriais. Destaca, ainda, que a decisão para implantação das ações constantes no PC, desde sua concepção à execução, derivou da articulação intra-institucional coordenada pela Dgtes, com a participação da Escola de Saúde Pública da Bahia (Espba), e de outras áreas que integram a Superintendência de Recursos Humanos (Superh), além da Diretoria de Vigilância e Atenção à Saúde do Trabalhador (Divast) da Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde (Suvisa).

O PC voltado para trabalhadores da saúde elaborada pela Ses de Mato Grosso do Sul, intitula-se “Recomendações aos trabalhadores da saúde e aos municípios do estado de Mato Grosso do Sul” e tem como propósito apresentar recomendações aos profissionais de saúde quanto aos riscos que estão expostos conforme as suas atividades desenvolvidas e indicar medidas de proteção à saúde. Aborda as práticas referentes aos trabalhadores pertencentes ao grupo de risco, critérios de afastamento de profissionais de serviços de saúde e retorno às atividades, precauções a serem adotadas por todos os serviços de saúde durante a assistência de suspeitos e casos, recomendações quanto ao fornecimento e uso de equipamento de proteção individual (EPI) e respectivos cuidados de higienização destes equipamentos. Em relação às questões de saúde mental, aponta a oferta de espaço de acolhimento e apoio psicossocial aos trabalhadores de saúde, considerando a importância da gestão oferecer, além da segurança e proteção para o exercício da função, suporte emocional para o enfrentamento das ameaças à saúde dos trabalhadores e seus familiares e amigos (MS, 2020).

Outra secretaria estadual que tomou os trabalhadores de saúde como objeto da formulação de PC específico no combate a pandemia de covid-19, foi o estado do Tocantins. Esse PC afirma a abordagem de monitoramento das condições de trabalho, saúde e vida social dos trabalhadores. No manuscrito, contextualiza-se o protocolo de atenção à saúde dos trabalhadores da Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins no contexto da pandemia de coronavírus (Covid-19) afirmando que o mesmo surge da necessidade de cuidado aos trabalhadores da linha de frente, diante do risco iminente à saúde dos mesmos, inerente à atividade desempenhada no enfrentamento da pandemia (TO, 2020).

O estado do Tocantins criou mais dois documentos que serviram como orientação para operacionalização das ações e propostas a serem adotadas: 1) Projeto promovendo o cuidado em saúde mental de trabalhadores da rede estadual de saúde do Tocantins, com o Acolhimento Psicológico Remoto ao trabalhador da Saúde; e, 2) Instrutivo de atenção à saúde dos

trabalhadores da Secretaria de estado da saúde do Tocantins no contexto da pandemia Covid-19. Tais documentos contemplam a organização e gestão dos ambientes e dos processos de trabalho, propõem ações de atenção à saúde mental dos trabalhadores, garantia de EPI, definição de fluxo para acompanhamento e notificação previdenciária dos casos de Covid-19 nos trabalhadores da Ses-TO, notificação dos transtornos mentais relacionados ao trabalho, orientações quanto à desinfecção periódica do ambiente de trabalho após exposição ao Covid-19, entre outros.

Embora os PC voltados para os trabalhadores apresentem estruturação metodológica variada e distinta, os conteúdos dos mesmos convergem e apontam para a centralidade dos trabalhadores de saúde na composição das estratégias de enfrentamento da Covid-19 no Brasil. Os planos apresentam similaridades de temáticas abordadas, coincidindo, principalmente, quanto ao enfoque da atenção à saúde mental dos trabalhadores, às medidas de proteção dos trabalhadores e controle da pandemia, ao incentivo do uso de EPI, chamando a atenção para a priorização dos trabalhadores lotados na assistência hospitalar, embora apareça, em alguns planos, as ações voltadas para os trabalhadores da atenção primária à saúde e da população em geral.

EXPERIÊNCIA DA BAHIA - TRILHAS DE CUIDADO

A análise mais detalhada do processo de elaboração das respostas da Sesab à problemática da saúde dos trabalhadores de saúde no contexto da pandemia evidencia que foram articuladas várias medidas de enfrentamento ao avanço da Covid-19 no Estado, tanto estruturais quanto protetivas, culminando, com a institucionalização do Plano de Contingência elaborado pela Superh/Dgtes em articulação com Suvisa e Sais, formalizado na Resolução Ces nº 13/2020 no Doe de 24 de setembro de 2020.

Norteados pela concepção ampliada de Vigilância da Saúde, o processo de elaboração do plano adotou o enfoque situacional (MATUS, 1993), começando pelo momento tático-operacional e momento estratégico, desdobrando-se na etapa normativa e explicativa, em função da necessidade de rapidez na resposta à situação de emergência, que exigiu, da equipe responsável pela elaboração, uma grande capacidade de adaptação e redefinição das práticas cotidianas.

O resultado deste processo, o PC Covid-19 para Trabalhadores e Trabalhadoras da Sesab, apresenta um conjunto de ações e serviços estruturados em sete eixos: (1) Reorganização dos serviços no atendimento às pessoas consideradas casos suspeitos e confirmados; (2) Orientação para o enfrentamento da Covid-19; (3) Fluxos e Ações de Atenção à Saúde dos Trabalhadores da Sesab o enfrentamento a Covid-19, que contempla desde a testagem para detecção a Covid-19, centros de acolhimento psicológico, educação permanente e Comunicação e Informação em saúde; (4) Banco de Currículo de Profissionais de Saúde; (5) Medidas de Proteção Social para Trabalhadores da Saúde; (6) Rede de Serviços e Apoiaadores Institucionais da PEGTES e (7) Parceiros Intersetoriais.

Vale ressaltar, que este PC foi submetido à revisão e aprovação do Comitê Estadual de Emergência em Saúde Pública (Coes) e ao Conselho Estadual de Saúde (Ces). Também foi divulgado amplamente por meio de web conferências na rede Sesab e com representantes estaduais e nacionais da área de Gestão do trabalho no SUS, além de ser apresentado no Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e na Organização Panamericana da Saúde (Opas), visando, com tais ações garantir transparência e participação social no processo.

Paralelamente ao período de apreciação do plano nas instâncias deliberativas do SUS-BA, foi-se construindo a viabilidade política de implantação do PC, através da acumulação de recursos e experiências visando a superação dos obstáculos, tais como: informações incipientes sobre a Covid-19, a dimensão territorial do estado, as condições de trabalho precarizadas, a incipiente qualificação técnica para lidar com a nova situação, insuficiência de recursos humanos, sobrecarga de trabalho e dificuldade de aquisição de equipamentos de proteção individual, dentre outros.

Decerto, o advento da pandemia tornou evidente a relevância social dos trabalhadores da saúde, ocasionando uma valorização repentina e reconhecimento desse segmento no combate a pandemia, o que facilitou a inclusão das demandas dos trabalhadores na agenda da gestão estadual. Desse modo, as iniciativas postas no plano foram viabilizadas, com disponibilização de recursos materiais, financeiros e de infraestrutura. Cabe ressaltar, inclusive, a participação de representantes dos Núcleos de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (Nugtes), cuja atuação contribuiu significativamente na implementação das ações previstas no plano, em razão da capacidade em desenvolver alternativas ou ajustes potenciais possibilitando um redesenho constante para o alcance dos objetivos propostos.

A seguir apresentamos uma síntese das ações propostas e implementadas em cada um dos eixos do Plano, alertando, entretanto, que face à dinâmica da pandemia, o Plano de contingência vem passando por constante revisão e novas propostas de ação são incorporadas a cada novo avanço do conhecimento acerca do vírus, da doença e das medidas de prevenção, vigilância e controle.

1. REORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS NO ATENDIMENTO ÀS PESSOAS CONSIDERADAS CASOS SUSPEITOS E CONFIRMADOS

- Planejamento da Força de Trabalho - a adequação da força de trabalho (FTS) à nova demanda por cuidados produzidos levou a necessidade de adequação do perfil e abertura de novos serviços, entre essas unidades, hospitais que integram a rede própria e a rede contratualizadas, unidade de pronto atendimento, bem como, a criação de novos espaços com a abertura de hospitais de campanhas. Nesse sentido, o dimensionamento

de trabalhadores se constitui importante dispositivo para o planejamento. Sendo assim, a abertura de leitos para ampliação da rede diante da pandemia de Covid-19 foi precedida e subsidiada pelo dimensionamento de equipe multiprofissional em saúde levando em consideração, as cargas horárias semanais de trabalho de 20, 24 e 30 horas para médico diarista, médico plantonista e trabalhadores da equipe multiprofissional, respectivamente.

- Celeridade nos processos de Aposentadorias - A Superh, como medida de (re)organização dos serviços e processos de trabalho, a fim de contribuir com estratégias de valorização dos profissionais da saúde da Sesab, com vínculo efetivo, institucionalizou uma força tarefa para agilizar a análise e a concessão dos requerimentos de aposentadorias dos servidores com processos já encaminhados e/ou daqueles que preenchem os requisitos necessários - idade e/ou tempo de serviço - conforme a Lei, e desejam dar entrada em sua solicitação. Total de 1.829 (mil oitocentos e vinte e nove) aposentadorias concedidas até dezembro de 2020.

- Adequação do local de trabalho frente ao fechamento de fronteiras e o impedimento do deslocamento dos profissionais de saúde - a força de trabalho que integra o setor saúde traz consigo características próprias que a diferem de outros profissionais, entre elas, a possibilidade do exercício de suas atividades em mais de um vínculo, que necessariamente não estão na mesma estrutura física, podendo em alguns casos, ultrapassar os limites intermunicipais. Coadunando com essa realidade, a Secretaria conta com um número significativo de trabalhadores que residem em um município e exercem suas atividades em outro. Esse processo de movimentação/trânsito de profissionais soma-se ao fato das unidades sob gestão direta da secretaria se concentrarem em Salvador e Região Metropolitana. Frente a isso, a Superh desenvolveu medidas de (re)lotação momentânea dos trabalhadores para melhor atender suas necessidades e as demandas da Sesab, além de estabelecer estratégias para o deslocamento seguro dos trabalhadores entre as residências e os locais de trabalho.

2. ORIENTAÇÕES PARA O ENFRENTAMENTO DA COVID19 – ATENÇÃO À SAÚDE DO TRABALHADOR

Esse eixo versa sobre orientações para adoção de medidas individuais de prevenção e proteção dos trabalhadores e ambientes institucionais, assim como orientações específicas aos Núcleos de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (Nugtes), especialmente por meio dos Serviços de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Siastr) e Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) para acolhimento dos trabalhadores.

3. FLUXOS E AÇÕES DE ATENÇÃO À SAÚDE DOS TRABALHADORES DA SESAB NO ENFRENTAMENTO DO COVID19

Para responder a demanda por cuidado assistencial, físico e psíquico, foram criados diferentes serviços e fluxos para os novos serviços de prevenção e proteção à saúde dos trabalhadores da saúde, entre eles:

3.1 Assistência à saúde dos trabalhadores - A fim de contribuir com o cuidado e acolhimento ao trabalhador da saúde, de acordo com as linhas de ação do Paist, a Superh desenvolveu, em parceria com outras diretorias e áreas técnicas da Sesab, os fluxos, ações e serviços.

- Fluxos para atendimento nas Centrais de Testagem
- Testagem dos trabalhadores do nível central
- Centros de Testagens para Covid-19 das unidades de saúde da rede própria
- Orientações para casos de agravamento
- Pronto Atendimento Covid-19 para trabalhadores do SUS
- Unidade de Isolamento Social para Trabalhadores com caso confirmado de Covid-19
- Fluxo de acolhimento psicológico emergencial aos trabalhadores e Implantação do Centro de Acolhimento

3.2 Notificação e gerenciamento da informação – orientações para as unidades de saúde acerca da notificação dos casos positivos de Covid-19 por meio dos sistemas: e-SUS Notifica (Sistema disponibilizado pelo Ministério da Saúde que objetiva aperfeiçoar a gestão da informação da Vigilância Epidemiológica por meio da informatização do SUS), Sivep-Gripe (Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica da Síndrome Respiratória Aguda Grave) e de Gerenciamento de Ambientes Laboratoriais (Gal) do Lacen.

3.3 Estratégias de Educação na Saúde – Implementou-se um espaço pedagógico no site da Sesab com o objetivo de agregar vídeos e materiais educativos, bem como links de cursos de diversas instituições reconhecidas, além do material produzido pela Escola Estadual de Saúde Pública da Bahia - Espba em parceria com as Universidades presentes no estado da Bahia. Também estão disponíveis materiais relacionados à proteção individual e coletiva à saúde dos trabalhadores, no endereço eletrônico <http://www.saude.ba.gov.br/temasdesaude/coronavirus/acoeseducativas-covid19/>. Alguns desses materiais foram produzidos pelos trabalhadores das unidades de saúde da rede estadual. Entre outras ações envolvendo processos educativos, na perspectiva de empreender esforços para enfrentamento da Emergência em Saúde Pública decorrente da Pandemia do Covid -19, a Espba/Superh internamente e em articulação com a Superintendência de Vigilância em Saúde - Suvisa e a Superintendência de Atenção Integral a Saúde-Sais e outros atores.

3.4. Comunicação e Informação em saúde - em parceria com a equipe de Comunicação do Coes e Ascom/Sesab foram produzidas peças comunicativas visando à ampla divulgação e capilaridade aos trabalhadores das informações contidas nas notas técnicas e outros documentos oficiais, bem como, temas relativos à promoção e proteção à saúde e condutas prioritárias no enfrentamento da epidemia de Covid-19 no Estado da Bahia.

. Boletim Informativo Covid -19 – Trabalhadores da Saúde - como forma de sistematização e publicação das informações do cenário de contaminação por Covid-19 entre os trabalhadores foi desenvolvido o Boletim Informativo a partir de extração dos dados do Cievs, CTA e planilha de monitoramento dos casos Covid-19. Os boletins, de periodicidade semanal, foram publicados através do endereço eletrônico: saude.ba.gov.br/coronavirus. Até julho de 2021 foram elaborados 32 Boletins.

3.5 Vigilância de ambientes, processos e atividades de trabalho - a fim de promover e/ou apoiar o desenvolvimento de ações relativas à promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças relacionadas ao trabalho para o enfrentamento da pandemia da Covid-19 foi elaborada, em parceria com a Divast/Cesat, a Nota Técnica Coes nº 17/2020 “Orientações para gestores, empregadores, profissionais de saúde e trabalhadores de serviços de saúde no Estado da Bahia, para enfrentamento da pandemia do Covid-19 (infecção pelo Sars-Cov-2)”. Além disso, foi realizada a Campanha de Imunização para os trabalhadores da Saúde contra Covid-19

3.6 Planejamento, Monitoramento e Avaliação - A Dgtes elaborou um instrumento para monitoramento dos casos suspeitos e confirmados de Covid-19 nas unidades da rede, gestão direta e indireta, com o qual sistematiza informações relacionadas a unidade de lotação, data de acolhimento; nome, CPF, matrícula, telefone, idade, sexo, raça/cor; cargo, vínculo, outro vínculo, setor; contato confirmado, sintomatologia, comorbidades; realização do teste, data de realização e resultado, tipo de teste, resultado; necessidade ou não de internação, evolução, informações complementares como objetivo de monitorar os casos de contaminação entre os trabalhadores e planejar ações para melhor intervenção.

4. BANCO DE CURRÍCULO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE: Como uma das medidas de enfrentamento à pandemia da Covid-19, a Sesab disponibilizou um banco de currículos para profissionais de saúde para facilitar o recrutamento de trabalhadores considerando as necessidades de oferta de serviço. Os profissionais de saúde interessados em prestar serviços durante a crise da pandemia poderão se cadastrar no Link : <http://10.17.119.28/bcs.saude.ba.gov.br/>.

5. MEDIDAS DE PROTEÇÃO SOCIAL PARA OS TRABALHADORES DA SAÚDE - as medidas de proteção social contidas no plano de contingência seguiram a linha de cuidado que tem sido indicada pelas autoridades de saúde internacionais, tais como a Organização Panamericana de Saúde (Opas) e a OMS, com recomendação de medidas de proteção aos gestores no tratamento adequado aos trabalhadores que possuam condição de maior vulnerabilidade frente a exposição à Covid-19:

- Medidas para Trabalhadores com vulnerabilidade ao contágio por covid-19
- Orientação para Trabalhadores em situação de vulnerabilidade social durante a pandemia
- Orientações sobre providências em caso de falecimento do trabalhador da saúde

6. REDES DE SERVIÇOS E APOIADORES INSTITUCIONAIS DA PEGTES - relação de serviços e contatos dos serviços e apoiadores da rede como objetivo de facilitar as articulações institucionais da rede, a fim de promover a saúde do trabalhador nas unidades de saúde.

7. PARCEIROS INTERSETORIAIS - ampliar parcerias que agreguem reforços para uma perspectiva integral de saúde. Assim, para garantir a efetividade das ações de enfrentamento presentes nesse plano, faz-se necessário fortalecer os vínculos intersetoriais e interinstitucionais, a exemplo da articulação com o Planserv que constituiu um fluxo para atendimento dos trabalhadores do Estado beneficiários do plano de saúde, a fim de contribuir no acolhimento às demandas relacionadas à saúde mental durante a pandemia.

LIÇÕES APRENDIDAS E RECOMENDAÇÕES

A pandemia de Covid-19 impôs vários desafios aos gestores e trabalhadores de saúde em todo o mundo. No Brasil, esses desafios somam-se as questões históricas relativas à Gestão do trabalho (TEIXEIRA *et al*, 2020), bem como à complexidade da situação política, econômica e social na qual se inscreve o processo decisório, o planejamento e organização da resposta brasileira para enfrentamento da Covid-19 (TEIXEIRA, 2020).

De início vale considerar que o fato de poucos estados formularem PC específicos para os trabalhadores da saúde revela menor centralidade desse problema no enfrentamento da pandemia de Covid-19 nos estados brasileiros. Isso não quer dizer, todavia, que os demais estados não adotaram medidas de proteção e cuidado à saúde dos seus trabalhadores de saúde. Assim, a despeito do lugar, eventualmente secundário, que os trabalhadores de saúde ocupam nos planos de contingência, as versões mais recentes destes planos apresentam ações e propostas voltadas para os trabalhadores, especialmente, para o suporte psicossocial aos trabalhadores, preparação

das equipes hospitalares, com inclusão de rodízios, mecanismos para a testagem, recomendações de fluxos, entre outras.

Entendendo o PC como um produto do processo de planejamento para o enfrentamento da pandemia, há que se considerar que os planos analisados apresentam, uma certa fragilidade na abordagem da problemática dos trabalhadores de saúde. Aqueles que apresentam propostas específicas para esse segmento, privilegiam os “profissionais de saúde”, com destaque para a categoria médica e enfermagem. Dados apresentados por Teixeira *et al* (2021), entretanto, apontam que além dos enfermeiros, técnicos de enfermagem e médicos, os atendentes de recepção estão entre os mais contaminados, o que indica a necessidade de um olhar específico para outros trabalhadores “invisíveis” na área de saúde (TEIXEIRA e COLS, 2020).

Em suma, há que se reconhecer que os profissionais de saúde que estão na linha de frente representam os mais expostos a contrair a Covid-19 e sem dúvida, devem receber a proteção adequada para desenvolver as suas atividades profissionais. Inclusive como categoria central para o planejamento e organização dos processos de trabalho, de modo a preservar essa força de trabalho e em última análise, manter o funcionamento pleno dos serviços de saúde.

Muitos países, a exemplo dos asiáticos, organizaram previamente a resposta a Covid-19, inclusive pela experiência com outras epidemias respiratórias. Nesse caso, foram recomendadas redução de jornadas de trabalho, montagem de equipes fixas para redução de circulação das equipes, testagem em massa e qualificação das equipes. No Brasil, tais estratégias seriam de difícil incorporação, particularmente pela rotatividade dos profissionais de saúde e tripla jornada de trabalho, que leva os trabalhadores a manter contato com distintas equipes (ADAMS; WALLS, 2020; RAN *et al*, 2020; CHU *et al*, 2020; HUANG *et al*, 2020; NG *et al*, 2020; KANG *et al*, 2020).

Na Bahia, as medidas adotadas para proteger os trabalhadores da Sesab revelam certo compromisso com respostas sociais estruturadas, mantendo alinhamento com os princípios e diretrizes da Política estadual de Gestão do Trabalho em saúde. Destaca-se também, que o documento da Bahia contempla os distintos setores institucionais, abarcando trabalhadores da vigilância em saúde e dos distintos níveis de gestão da Sesab, com participação de outros atores além da Dgtes na formulação da proposta. De fato, há avanços significativos no referido plano, que congrega propostas de proteção dos trabalhadores com destaque para o rastreamento e monitoramento dos casos suspeitos e garantia de testagem, afastamento dos trabalhadores que apresentam maior risco e criação de infraestrutura específica por meio da implantação dos centros de testagem, assim como criação do centro de acolhimento psicológico emergencial aos trabalhadores com fluxos descentralizados nas unidades de saúde, integrado a rede do Nuges. Chama atenção, por fim, na experiência da Bahia o investimento no dimensionamento da força de trabalho para fins de ampliação das

equipes multidisciplinares na rede de atenção, visando superar a excessiva centralidade da categoria médica nos processos de trabalho em saúde nos distintos níveis de atenção (SESAB, 2020).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos planos de contingência formulados pelos estados da federação e a “invisibilidade” dos trabalhadores nas primeiras versões desses documentos sinalizam o lugar não ocupado na agenda governamental como prioridade. No entanto, essa situação foi se modificando com o curso da pandemia e o investimento na proteção da saúde dos trabalhadores da saúde se materializou com a inclusão de estratégias específicas de proteção e cuidado a esse contingente populacional.

Um ponto crítico a ser destacado relacionado à pandemia em geral, foi o modelo adotado para a gestão da pandemia no Brasil, centrado na ampliação da rede hospitalar e na contratação de pessoal para operar estes serviços, o que pode estar contribuindo para o fortalecimento de um modelo de atenção médico-assistencial hospitalocêntrico, sabidamente de alto custo e inadequado face ao perfil epidemiológico da população. Nesse particular, cabe destacar o esforço realizado pelo estado da Bahia e outros estados que se empenharam na organização de uma resposta sistêmica, incluindo o planejamento da força de trabalho em saúde necessária à expansão e funcionamento dos diferentes níveis de atenção, com a identificação de lacunas na composição das equipes multiprofissionais visando a manutenção dos serviços abertos e a abertura de novos serviços.

Para concluir vale destacar que a situação atual evidencia a necessidade de se intensificar o debate sobre a valorização dos trabalhadores de saúde e se investir na elaboração e implementação de estratégias de distintas naturezas que potencializem as capacidades dos sujeitos e investimentos em políticas imprescindíveis ao processo de consolidação do SUS no Brasil, para a preparação dos estados e instituições para futuros desafios.

REFERÊNCIAS

ADAMS JG, WALLS RM. Supporting the Health Care Workforce During the Covid-19 Global Epidemic. *JAMA* 2020; 323(15):1439-1440.

ALBUQUERQUE NLS de. Planejamento operacional durante a pandemia de Covid-19: comparação entre recomendações da Organização Mundial da Saúde e o Plano de Contingência Nacional. *Cogitare enferm.* [Internet]. 2020 [acesso em 2021 mar 10]; 25. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.72659>.

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Plano de Contingência para trabalhadores da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. 1Ed. 2020

BAKER MG, PECKHAM TK, SEIXAS NS. Estimating the burden of United States workers exposed to infection or disease: a key factor in containing risk of Covid-19 infection. *PLOS ONE* [preprint] 2020. Available from: <https://doi.org/10.1101/2020.03.02.20030288>

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Brasília, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV). Brasília: SVS/MS; 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Recomendações de proteção aos trabalhadores dos serviços de saúde no atendimento de Covid-19. Abr.2020

CHU J, YANG N, WEI Y, YUE H, ZHANG F, ZHAO J, HE L, SHENG G, CHEN P, LI G, WU S, ZHANG B, ZHANG S, WANG C, MIAO X, LI J, LIU W, ZHANG H. Clinical characteristics of 54 medical staff with Covid-19: A retrospective study in a single center in Wuhan, China. *J Med Virol* 2020; 92(7):807-813.

DIAS, ELIZABETH. Evolução e aspectos atuais da saúde do trabalhador no Brasil. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 115, n. 3, p. 202-14, 1994.

FLEURY, S.; OUVENERY, A. M. Política de Saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, L. et al. (Eds.). . Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. 2a ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2017. p. 25–57.

HUANG, L. et al. Special attention to nurses' protection during the Covid-19 epidemic. *Critical Care*, London, v. 24, n. 1, p. 120, Mar. 2020. DOI: 10.1186/s13054-020-2841-7. Disponível em: <https://ccforum.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13054-020-2841-7>. Acesso em: 13 ago. 2020.

KANG L, LI Y, HU S, CHEN M, YANG C, YANG BX, WANG Y, HU J, LAI J, MA X, CHEN J, GUAN L, WANG G, MA H, LIU Z. The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. *Lancet Psychiatry* [Internet]. 2020 Mar [acessado 30 Abr 2020]; 7(3):e14. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32035030>

MATUS, C. Política, Planejamento e Governo. Brasília: IPEA. 1993

NG K, POON BH, KIAT PUAR TH, SHAN QUAH JL, LOH WJ, WONG YJ, TAN TY, RAGHURAM J. Covid-19 and the Risk to Health Care Workers: A Case Report. *Ann Intern Med* 2020; 172(11):766-767.

PERES LVC, CALEMAN G, SILVA WM, et al. Compatibilidade dos Planos – Estadual e de Contingência – No Cenário da Pandemia Da Covid-19 In: Santos AO, Lopes LT organizadores. Coleção Covid-19: Planejamento e Gestão. Distrito Federal: Conselho Nacional de Secretário de Saúde; 2021. p. 146-163.

RAN L, CHEN X, WANG Y, WU W, ZHANG L, TAN X. Risk Factors of Healthcare Workers with Corona Virus Disease 2019: A Retrospective Cohort Study in a Designated Hospital of Wuhan in China. Clin Infect Dis 2020; ciaa287.

RAN, L. et al. Factors of Healthcare Workers with Corona Virus Disease 2019: A Retrospective Cohort Study in a Designated Hospital of Wuhan in China. Clinical Infectious Diseases, Chicago, Mar. 2020. DOI: 10.1093/cid/ciaa287. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa287>. Acesso em: 13 ago. 2020

REDE COVIDA. Ciência, Informação e Solidariedade. Saúde do trabalhador na pandemia de Covid-19: riscos e vulnerabilidades. Maio de 2020 file:///C:/Users/felip/OneDrive/%C3%81rea%20de%20Trabalho/doutorado/COVIDA_Saude-do-Trabalhador.pdf

TEIXEIRA, C.F.S, SOARES, C.M., SOUZA, E.A, LISBOA, E.S, PINTO, I.C.M., ANDRADE, L, ESPERIDIÃO,MA. A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. Cien Saude Colet [periódico na internet] (2020/Jun). [Citado em 26/07/2021]. Está disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/a-saude-dos-profissionais-de-saude-no-enfrentamento-da-pandemia-de-covid19/17634?id=17634>

TEIXEIRA, C.F.S, SOARES, C.M., SOUZA, E.A, LISBOA, E.S, PINTO, I.C.M., ANDRADE, L, ESPERIDIÃO,MA. Trabalhadores de saúde no Brasil: problemas e desafios no enfrentamento da Covid-19. Rede Covida. E-book Edufba. 2021. Salvador. Bahia; p.1-38. Disponível em : https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/32942/22/vol2_cap21_Trabalhadores%20de%20sa%C3%BAde%20no%20Brasil.pdf.

TOCANTINS. Secretaria De Estado Da Saúde. Instrutivo de atenção à saúde dos trabalhadores da secretaria de estado da saúde do Tocantins no contexto da pandemia Covid-19. 2020. Organização Mundial de Saúde (OMS). Organização Pan-Americana de Saúde (Opas). Folha Informativa – Covid 19. 2020

CAPÍTULO 17

Bruno Guimarães de Almeida
Carla Oliveira Bueno Massa
Janaína Peralta de Souza
Luciano de Paula Moura
Pedro Marcus Rodrigues Valeijo Pinto
Thadeu Borges Souza Santos
Vânia Rebouças Barbosa Vanden Broucke

Uma dose de esperança: o processo de vacinação dos trabalhadores da saúde na Bahia

Andávamos tão invernos,
que qualquer outono nos fazia acreditar
não existir primavera.
Mas ouvimos,
cá dentro,
como uma brisa desprestenciosa:
Vai passar. Vocês verão.

Carolina Meyer Silvestre

UMA DOSE DE ESPERANÇA: O PROCESSO DE VACINAÇÃO DOS TRABALHADORES DA SAÚDE NA BAHIA

INTRODUÇÃO

A pandemia da Covid-19 fez o mundo rememorar processos pandêmicos anteriores, como os da varíola (de 430a.C. a 1977), peste bubônica/peste negra (de 1346 a 1353), cólera (de 1817 a 1823) e gripe espanhola (de 1918 a 1920), e tem mobilizado a humanidade construir uma nova perspectiva social, cultural e sanitária, na medida em que tem transformado o modo de vida das pessoas, interferindo nos processos educacionais, econômicos e nas relações interpessoais, profissionais, comerciais e diplomáticas.

A expansão global do novo Coronavírus impulsionou a OMS a elevar o estado da contaminação ao de pandemia da Covid-19 em 11 de março de 2020. No Brasil, registrou-se o primeiro caso da doença no mês de fevereiro, na cidade de São Paulo, enquanto que na Bahia a confirmação do primeiro caso data de 6 de março de 2020 em Feira de Santana, e primeira morte registrada no dia 28 deste mesmo mês, na capital Salvador.

O total de casos confirmados no Brasil, até junho de 2021, ultrapassa 18.559 milhões de casos de Covid-19. E considerando este período, a situação nacional se configura como uma tragédia sanitária que soma mais de 518 mil óbitos. Tal dimensão da pandemia no Brasil chegou ao constrangedor quantitativo de 4.249 óbitos em um único dia (8 de abril de 2021), após 25 recordes seguidos na média móvel de óbitos no país (ISTO É, 2021). Situação que ratifica cenário de crise na saúde pública, cuja ascendência no percentual de casos continuou crescente até ampliação da cobertura vacinal da população. Na Bahia, até junho de 2021, foram registrados mais de 1.119.000 casos da doença, ultrapassando a marca de 23.600 mortes, e ainda há mais de 14.000 casos ativos da doença, sendo que desses, cerca de 43.500 são de profissionais da saúde que tiveram diagnóstico positivo para Covid-19 (BAHIA, 2020).

A pandemia pela Covid-19 exacerba as fragilidades dos sistemas de saúde ao redor do mundo, exausta profissionais de saúde em linha de frente, sobrecarrega serviços de saúde além de dificultar cumprimento de medidas de precaução coletivas como isolamento social (para infectados e sintomáticos) e distanciamento físico (WILDER-SMITH, 2020).

Desse modo, justifica-se a corrida pela busca por imunizantes capazes de conter o contágio e evitar mortes pelo agravamento da doença. Frente a este desafio, laboratórios e institutos protagonizaram uma corrida internacional pelo desenvolvimento de vacinas¹, cujos resultados

1 - A importância da vacinação para a humanidade data do século XVIII, quando Edward Jenner descobriu a vacina antivariólica e comprovou que, ao inocular uma secreção de um paciente doente em outra pessoa saudável, essa última desenvolvia sintomas muito mais brandos e tornava-se imune. De tal modo, as vacinas têm como princípio básico a exposição do organismo aos antígenos, estimulando a produção de anticorpos através de uma resposta imunológica induzida, sem desenvolvimento da forma grave doença (BOUSADA; PEREIRA, 2017).

preliminares positivos apontavam para percentuais altos de eficácia. Com isso, foram desencadeados a partir de dezembro de 2020, programas de vacinação em vários países, alguns, inclusive, com definição de critérios de priorização de grupos sociais vulneráveis. Assim, demarcava-se o início uma nova perspectiva de futuro diante da *dose de esperança* que emergia com as eficácias dos imunizantes aprovados para enfrentamento da pandemia (LIMA; ALMEIDA; KFOURI, 2021).

Nos últimos anos, a indústria farmacêutica e a comunidade científica foram solicitadas para produzir vacinas de forma rápida e eficaz frente às epidemias de H1N1, Ebola e Zikavirus, no que, com a pandemia da Covid-19, a urgência levou governos e entidades privadas a articularem esforços de custeio e desenvolvimento científico para que se iniciasse a vacinação em escala mundial o mais brevemente possível (CUETO, 2020). Segundo Silva e Nogueira (2020), as vacinas também se mostram extremamente úteis e mais efetivas no controle de doenças do que o uso de medicamentos, ou seja, trata-se de um método mais barato para atuar na prevenção de doenças na saúde coletiva.

No Brasil, o problemático processo de priorização e aquisição de doses para vacinação por parte do Governo Federal (MAcEDO; STRUCHINER; MACIEL, 2021) tem motivado a atuação dos Poderes Judiciário (BRASIL, 2021a) e Legislativo (BRASIL, 2021b), da sociedade civil organizada, unificada na Frente pela Vida (FRENTE PELA VIDA, 2021) e Conselhos Nacionais de Secretários de Saúde e de Secretarias Municipais de Saúde (CONASS; Conasems, 2020), de modo que, depois de aprovada a primeira vacina pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), iniciou-se o programa nacional de vacinação em 17 de janeiro de 2020 (DOMINGUES, 2021).

O alto grau de exposição à contaminação, assim como a necessidade de garantir a manutenção do funcionamento dos serviços de saúde, aponta para a priorização da imunização dos trabalhadores de saúde dos diversos níveis de atenção (OMS, 2020; BAHIA, 2021) especialmente os que estão atuando nas UTI, leitos clínicos e ambulatórios dos hospitais; na rede de atenção às urgências e emergências, através do serviço de atendimento móvel às urgências (Samu 192) e nas unidades de pronto atendimento (UPAs); além das unidades de atenção básica, nas salas de vacinação e postos de vacinação volantes (FERRINHO Et al, 2020; BRASIL, 2021c).

No âmbito da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (Sesab), cabe à Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (Dgtes)/Superintendência de Recursos Humanos (Superh) a defesa das condições, processos e relações de trabalho humanizadas, dignas e seguras no Sistema Único de Saúde da Bahia (SUS-BA). Nesse sentido, a Dgtes, desde o início da pandemia, se organizou para implantar ações que assegurassem a proteção e

assistência aos trabalhadores no enfrentamento da Covid-19, incluindo nesse escopo a organização do processo de vacinação para o referido segmento prioritário (BRASIL, 2021c).

Diante do panorama apresentado, este capítulo traz o relato de experiência acumulada pela Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (Dgtes) no monitoramento dos dados de vacinação dos trabalhadores da Sesab que atuam no enfrentamento da pandemia da Covid-19 no estado da Bahia, considerando os diversos vínculos desses profissionais, as diferentes tipologias dos serviços, e o processo de articulação com as Secretarias Municipais de Saúde, em especial a Secretaria Municipal de Saúde de Salvador (SMS-SSA), com as equipes dos Serviços Integrados de Assistência à Saúde do Trabalhador (Siastr) e dos Serviços de Saúde Ocupacional, bem como das unidades de saúde na priorização escalonada da vacinação para essa força de trabalho.

Para tanto, sistematiza-se um conjunto de informações produzidas pela Coordenação Estadual de Imunizações e Vigilância Epidemiológica das Doenças Imunopreveníveis da Diretoria de Vigilância Epidemiológica (Divep)/ Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde (Suvisa relativas acerca da distribuição e cobertura vacinal dos trabalhadores da saúde contra a Covid-19 a partir do momento em que as vacinas foram disponibilizadas na Bahia , considerando o processo de articulação política e organização técnica do setor responsável pela disponibilização das informações dos trabalhadores da rede estadual a serem vacinados. Além disso, utilizamos informações extraídas do Programa Nacional de Imunização (PNI), os Planos Nacional de Operacionalização da Vacinação Contra a Covid-19 e de Vacinação contra Covid-19 no Estado da Bahia, documentos publicados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), recomendações do Ministério da Saúde (MS) e Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e resoluções da Comissão Intergestora Bipartite (Cib), Notas Técnicas, Boletins, Informativos e fluxos operacionais de acompanhamento do processo de imunização no estado da Bahia.

O relato da experiência, feita a seguir, contempla, inicialmente, a descrição do percurso do imunizante até sua disponibilização para os trabalhadores da saúde na Bahia, e, em seguida a descrição da estruturação interna na Dgtes /Sesab para garantir as articulações necessárias à efetivação da vacinação dos trabalhadores da rede estadual de saúde.

VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19: UM PROCESSO TORTUOSO

O itinerário percorrido para desenvolvimento da vacina desde os primeiros testes em laboratório até a aplicação nos usuários foi longo, e por vezes tortuoso. Mesmo com a eficácia comprovada das vacinas, imunizar 7,8 bilhões de habitantes no mundo é um desafio e exige tempo. Segundo

informações noticiadas pela grande mídia, os pedidos de governos de distintos países aos fabricantes de vacinas contra a Covid-19 já somam 13 bilhões de doses, o suficiente para se chegar à imunidade de 70% da humanidade, número estimado para se retornar à almejada normalidade (SANTOS, 2021). O problema, no entanto, não está em encomendar, mas sim em produzir, distribuir e aplicar os imunizantes.

No Brasil, a situação ganhou outros contornos. O negacionismo (CAPONI, 2020) produzido pela presidência da república frente à pandemia, as crises diplomáticas geradas pelas falas oficiais desastrosas, a ausência de planejamento do Ministério da Saúde, a troca sistemática de ministros da saúde, a negativa do Executivo Federal em realizar acordos com países e empresas internacionais produtoras dos imunizantes, dentre outras questões, impactaram sobremaneira na aquisição, distribuição e aplicação das vacinas no país.

Frente a esse cenário de hesitação do Governo Federal em negociar a compra antecipada de imunizantes, os institutos de pesquisa da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e Butantan tomaram essa iniciativa. A Fiocruz iniciou tratativas para comprar a Oxford-AstraZeneca, enquanto o Butantan negociou com a chinesa Sinovac a transferência de tecnologia para produzir a CoronaVac. Depois de conseguirem acordos com as fabricantes estrangeiras, ambos apresentaram as propostas ao Governo Federal, e só dessa forma o Brasil conseguiu entrar na disputa pela aquisição dos imunizantes para a população (PASSARINHO, 2021). O problema é que como o Brasil retardou a negociação, grandes fabricantes, como Pfizer e Moderna, já venderam para outros países a grande maioria dos seus lotes (SANTOS, 2021).

Conforme crônica publicada por Gonçalo Vecina Neto (VALERY, 2021), ex-Secretário Nacional de Vigilância Sanitária, se o Brasil tivesse vacina e um planejamento prévio mínimo, o SUS teria condições de imunizar até 60 milhões de pessoas por mês. Como existem 159,1 milhões de brasileiros com mais de 18 anos, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde (IBGE, 2020), seria possível concluir as duas doses até meados do mês de julho de 2021. Essa situação, porém, está longe de ocorrer, considerando o fracionamento de doses que são disponibilizadas para os estados, o que ocasiona a necessidade de priorização entre os grupos vulneráveis já priorizados.

O planejamento de uma campanha de vacinação contra a Covid-19, em um contexto de oferta limitada de doses, exige que sejam levados em consideração critérios técnicos de análises epidemiológicas e evidências científicas para a priorização de determinados grupos populacionais a serem vacinados (CNN BRASIL, 2021). A OMS, através do Grupo Consultivo Estratégico de Especialistas em Imunização (*Strategic Advisor Group of Experts on Immunization* – SAGE) desenvolveu o *Roadmap for prioritizing uses of*

covid-19 vaccines in the context of limited supply, um roteiro de priorização de grupos populacionais para vacinas contra a Covid-19. O roteiro recomenda a inclusão dos trabalhadores da saúde, especialmente aqueles da linha de frente no enfrentamento à Covid-19, entre os presentes na primeira fase dos planos de vacinação, ao lado das pessoas idosas e de grupos populacionais mais vulneráveis ao risco de desenvolverem casos graves ou de morte pela doença (CNN BRASIL, 2021).

Para assessorar a formulação do plano de imunização contra a Covid-19 no Brasil, foi instituída pelo MS, através da Portaria GAB/SVS n.º 28, de 3 de setembro de 2020, a Câmara Técnica Assessora em Imunização e Doenças Transmissíveis. Representantes governamentais e não governamentais convidados pelo PNI constituíram grupos técnicos no âmbito dessa câmara para discutir o desenvolvimento dos eixos do plano de imunização. O Plano Nacional de Operacionalização da Vacina contra a Covid-19 admite a existência de uma ordem de vacinação para os grupos prioritários, cuja seleção dos grupos foi baseada nos princípios da OMS e feita em acordo com entidades como o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems).

Com a lógica tripartite do SUS, estados e municípios têm autonomia para montar seu próprio esquema de vacinação e dar vazão à fila considerando as características da população de cada região e as doses disponibilizadas. A saber: pessoas com 60 anos ou mais institucionalizadas, pessoas com deficiência institucionalizadas, povos indígenas vivendo em terras indígenas, trabalhadores de saúde, pessoas de 80 anos ou mais, pessoas de 75 a 79 anos, povos e comunidades tradicionais ribeirinhas, povos e comunidades tradicionais quilombolas, pessoas de 70 a 74 anos, pessoas de 65 a 69 anos, pessoas de 60 a 64 anos, pessoas com comorbidades, pessoas com deficiência permanente grave, pessoas em situação de rua, população privada de liberdade, funcionários do sistema de privação de liberdade, trabalhadores da educação do Ensino Básico (creche, pré-escolas, ensino fundamental, ensino médio, profissionalizantes e educação de jovens e adultos – EJA), trabalhadores da educação do Ensino Superior, forças de segurança e salvamento, Forças Armadas, trabalhadores de transporte coletivo rodoviário de passageiros, trabalhadores de transporte metroviário e ferroviário, trabalhadores de transporte aéreo, trabalhadores de transporte aquaviário, caminhoneiros, trabalhadores portuários, trabalhadores industriais. Vacinar os profissionais de saúde dentre os grupos prioritários da primeira fase garante o funcionamento dos serviços de saúde, protegendo essa categoria que tem maior risco para Coronavírus, devido à contínua exposição ao patógeno, além da preservação do funcionamento dos serviços essenciais.

DISPONIBILIZAÇÃO, ENTREGA E DISTRIBUIÇÃO DAS VACINAS NO ESTADO DA BAHIA

A situação do estado da Bahia quanto ao recebimento das doses de vacinas disponibilizadas pelo MS pouco difere em relação aos demais estados da federação. Esse processo tem reverberado no planejamento da campanha vacinal, sobretudo para os municípios, responsáveis pela efetivação dessa ação. Isso posto, salientamos que a conjuntura técnica-política do Governo Federal tem interferido na organização interna do processo de distribuição das vacinas para as 28 Regiões de Saúde, agrupadas em nove macrorregiões de saúde, contemplando os 417 municípios do estado da Bahia.

O processo de elaboração do Plano de Vacinação contra Covid-19 da Bahia (BAHIA, 2020) no estado contou com a participação de atores estratégicos dos Núcleos Regionais de Saúde (NRS), Diretorias da Atenção Básica (Dab), Secretarias Municipais de Saúde, Distrito Sanitário de Saúde Indígena (Dsei/Bahia) e as instâncias colegiadas de gestão e pactuação do SUS, a exemplo do Conselho Estadual dos Secretários Municipais de Saúde (Cosems), Cib, Comissão Intergestores Regional (Cir), e de controle social, como o Conselho Estadual de Saúde (Ces) e Conselhos Municipais de Saúde (CMS) (BAHIA, 2021).

O Plano contempla um conjunto de estratégias visando a articulação dos atores político- institucionais relevantes à implementação das ações no território (locorregional); a realização de estimativas de ampliação da capacidade da rede de serviços de vacinação no estado (recursos físicos, humanos e materiais); a programação das etapas de vacinação, contemplando os grupos prioritários elegíveis para vacinação; a capacitação dos vacinadores e equipes técnicas envolvidas no processo de vacinação; a organização da rede de frios e logística de distribuição dos imunobiológicos; aquisição de seringas e agulhas e logística de distribuição; o processo de registro das doses aplicadas no Sistema de Informação destinado a esse fim (Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização – Novo SI-PNI – on-line ou sistema próprio que interopere com ele, por meio da Rede Nacional de Dados em Saúde – RNDS, ou e-SUS AB); ações de farmacovigilância; estratégias de comunicação; gerenciamento de resíduos resultantes da vacinação; e o monitoramento, supervisão e avaliação das ações desenvolvidas (BAHIA, 2020).

No tocante à logística de distribuição dos insumos para vacinação, e com o intuito de assegurar que o fármaco chegasse às regiões e municípios com maior celeridade possível, organizou-se um roteiro robusto e articulado com outros órgãos do Executivo Estadual para a distribuição dos imunobiológicos. Inicialmente, houve um incremento na frota de veículo (três caminhões refrigerados e 240 outros tipos de veículos, incluindo furgões e caminhonetes) para a realização de roteiros que contemplassem as

nove macrorregiões de saúde (Leste, Centro-Leste, Sul, Extremo Sul, Norte, Centro-Norte, Sudoeste, Oeste e Nordeste), para que em um período máximo de dois dias após a chegada, as vacinas armazenadas na Central Estadual de Armazenamento e Distribuição de Imunobiológicos (Cead) pudessem ser entregues nas macrorregiões e, consequentemente, em todos os municípios baianos (BAHIA, 2021).

O estado viabilizou também o transporte aéreo para possibilitar a entrega de forma mais ágil e segura para as regionais de saúde que dispõem de aeroporto, tais como Teixeira de Freitas, Juazeiro, Ilhéus, Vitória da Conquista e Barreiras. O governo do estado colocou à disposição desse processo as aeronaves, bem como os pilotos e tripulação da diretoria de aviação da Casa Militar do Governador e do Grupamento Aéreo (Graer) da Polícia Militar do Estado da Bahia (PMBA). Além disso, o estado também disponibilizou escolta para o transporte e armazenamento das vacinas e insumos (seringas e agulhas) que estiverem sob a responsabilidade da gestão estadual.

A vacinação na Bahia teve início no dia 19 de janeiro de 2021, logo após a chegada da primeira remessa do imunizante no estado, na noite anterior. A primeira pessoa a ser vacinada foi a trabalhadora do Instituto Couto Maia, unidade referência para tratamento de doenças infectocontagiosas e vocacionada integralmente para combate à Covid-19, a enfermeira Maria Angélica de Carvalho Sobrinho, de 53 anos. Além dela, também foram imunizados uma idosa, um indígena e um trabalhador médico do Samu 192.

De acordo com informações disponibilizadas pelo painel de acompanhamento da cobertura vacinal do estado, até o dia 31 de julho de 2021, a Bahia já havia distribuído um total de 9.833.928 milhões de doses do imunizante, sendo 6.398.210 milhões destinadas à primeira dose (D1) e 3.435.718 milhões para a segunda dose (D2), a serem utilizadas para imunizar o público-alvo elegível para vacinação. Em relação às doses distribuídas, o quantitativo de doses aplicadas da D1 foi, até aquele momento, de 6.334.378 milhões, o que equivale a 99% dos imunizantes distribuídos. No que tange à aplicação da segunda dose, 2.552.574 milhões de pessoas tiveram acesso à vacina, o que corresponde a 74,3% das doses distribuídas. Esses dados demonstram o quão efetiva tem sido a execução do planejamento, distribuição, armazenamento e aplicação das vacinas recebidas pelo estado, o que aponta para um avanço gradativo da imunização até que toda a população esteja contemplada, garantindo uma proteção efetiva para os quase 15 milhões de residentes no território baiano.

Por fim, destacamos que a efetivação dessa campanha de vacinação foi possível porque a Bahia conta com uma rede de frio organizada de forma descentralizada, composta pela Cead, que possui capacidade para armazenamento de aproximadamente 3,5 milhões de doses dos diferentes

tipos de imunobiológicos que são disponibilizados pelo MS; por trinta Centrais Regionais de Rede de Frio, localizadas no interior do estado, na capital e em municípios da Região Metropolitana de Salvador, além de quatro Centros Estaduais de Referência para Imunobiológicos Especiais. Somam-se a essa rede 5.114 Salas de Vacinação distribuídas nos 417 municípios, contemplando áreas urbanas e rurais, podendo chegar a 10 mil pontos de vacinação em período de campanha, conforme capacidade de operacionalização dos municípios (BAHIA, 2021).

PLANEJAMENTO E GESTÃO DO PROCESSO DE VACINAÇÃO DOS TRABALHADORES DO SUS NA BAHIA

O Plano Estadual de Vacinação Contra Covid-19 da Bahia estima imunizar todo o contingente de trabalhadores da saúde em atividade no estado. Inicialmente, o documento previu um total de 374.368 trabalhadores a serem vacinados. Contudo, a última atualização constante no Plano indica que o quantitativo desse segmento é de 418.187 pessoas, conforme disposto na Tabela 1, estimativa superada pelo quantitativo de trabalhadores de saúde já vacinados no estado que superou a marca de 500 mil pessoas.

Tabela 1. Quantitativo de doses de vacinas previstas, exclusivamente para os trabalhadores da saúde, no Plano Estadual de Vacinação do estado da Bahia, 2021. Salvador, Bahia – 2021

NÚCLEO REGIONAL DE SAÚDE	QUANTITATIVO DE DOSES DISPONIBILIZADAS
Centro-Leste	59.986
Extremo Sul	18.437
Leste	176.467
Sudoeste	44.674
Centro-Norte	17.581
Nordeste	16.899
Norte	25.383
Oeste	21.203
Sul	37.557
Total	418.187

Fonte: Plano de Vacinação contra Covid-19 no Estado da Bahia, 2021, com atualizações da Divep/Suvisa/Sesab, 2021.

Com o fornecimento das primeiras doses do imunizante para os estados tendo como principal fator restritivo para um plano de vacinação em massa o envio fracionado das doses das vacinas pelo MS, a Cib da Bahia passou a recomendar, por meio de resoluções (BAHIA, 2020; BAHIA 2021), critérios para a priorização, dentro do grupo dos trabalhadores da saúde a serem

vacinados. A ordem de priorização leva em consideração o risco de exposição do trabalhador à contaminação, priorizando os trabalhadores das unidades hospitalares vocacionadas para atendimento à Covid-19, unidades de urgência e emergência, hospitais de campanha, sendo expandida na medida que novas doses vão sendo distribuídas para as unidades ambulatoriais e de gestão.

As resoluções da Cib definem a seguinte ordem de priorização dentre os trabalhadores da saúde: equipes de vacinadores volantes para a Campanha Covid-19; UTI e Unidades de Internação Clínica Covid-19; Unidades de Pronto Atendimento e Serviços de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel (Samu, Salvar e serviços afins da rede privada); serviços de hemodiálise; laboratórios de biologia molecular (Covid-19), coletadores de *swab* nasofaringe e orofaringe, centros de coleta, testagem e atendimento Covid-19; IML/DPT e SVO; unidades da Atenção Básica de Referência Covid-19, gripários, unidades comunitárias para atendimento de casos suspeitos Covid-19; pneumologistas, infectologistas e odontólogos que trabalhem na assistência; alas e hospitais não Covid-19; ambulatorios de especialidades, unidades da Atenção Básica e Vigilância em Saúde, clínicas médicas, biomédicas, odontológicas e similares; trabalhadores da saúde dos serviços estratégicos de gestão e apoio para o combate à Covid-19; demais profissionais de saúde (BAHIA, 2020; BAHIA 2021).

Essas decisões colocaram a necessidade de se mensurar o número de trabalhadores ativos em cada unidade de saúde da Sesab, independente do seu vínculo, o que se revelou um desafio, tendo em vista que os números oscilam de forma a não demonstrar um quantitativo absoluto de profissionais em determinado período, inclusive porque nessas unidades há trabalhadores temporários, feristas, prestadores de serviço, residentes, estudantes, dentre outros.

Partiu-se então da planilha de monitoramento, já utilizada pela Dgtes, para acompanhamento dos casos suspeitos e confirmados de Covid-19 desde o início da pandemia, que vem sendo alimentada pelas unidades da rede própria estadual sob gestão direta, pelos Siast de cada unidade de saúde ou, na ausência desse serviço implantado, por algum profissional referenciado pelo gestor local, em específico dos Núcleos de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (Nugtes). Já nas unidades da rede própria sob gestão indireta, cabe ao serviço de saúde ocupacional ou à coordenação de Recursos Humanos (RH) da unidade realizar o preenchimento.

Desta planilha é possível obter-se informações sobre os trabalhadores da unidade testados para detecção da Covid-19, contemplando: informações pessoais (nome, idade, cor, sexo, CPF, telefone), funcionais (profissão, cargo que exerce, matrícula, setor em que trabalha) e laborais (tipo de vínculo e bi vinculação trabalhista), presença ou não de sintomatologia, presença ou não de comorbidades e monitoramento, que inclui data da coleta, resultado, dias de afastamento, necessidade de internamento e desfecho de cada caso.

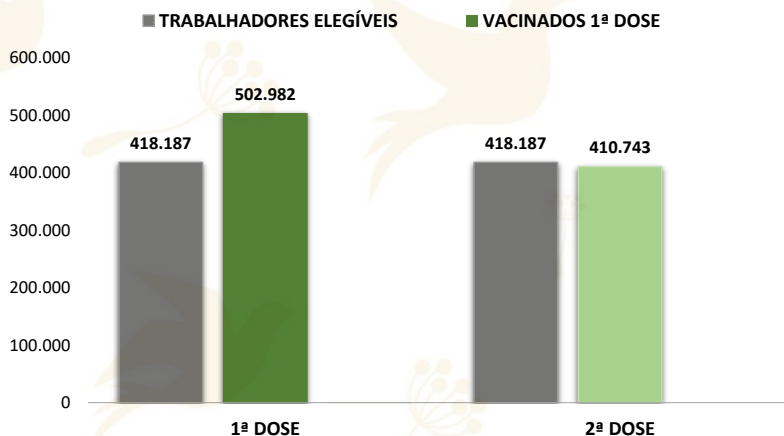
O processamento dos dados disponíveis nestas planilhas, agregados às informações recebidas pelo setor de pessoal da Sesab, possibilitou a alimentação inicial do Sistema de Informação da SMS-SSA, responsável direta pela organização das equipes e processo de imunização nas unidades da capital. Em paralelo, a Sesab, a fim de tornar o processo de vacinação de seus trabalhadores o mais célere possível, por meio da Dgtes/Superh, solicitou às 66 unidades de gestão direta e indireta da rede do estado o envio das listas de trabalhadores atualizadas, com base no modelo de planilha de trabalhadores vacinados e não vacinados, contendo as seguintes informações: unidade de lotação do trabalhador, nome do trabalhador, CPF, matrícula, telefone, cargo, vínculo, setor de trabalho e se o trabalhador já foi vacinado ou não, e qual dose fez uso. Solicitou-se aos diretores das unidades que estabelecessem referências técnicas para o preenchimento e envio das planilhas, e requereu-se no ofício que as planilhas fossem enviadas semanalmente, a fim de atualizar os dados.

Para as unidades localizadas em Salvador, as planilhas de vacinados e não vacinados recebidas foram organizadas em remessas. À proporção que cada gestor local ou profissional de referência fornecia os dados solicitados, eram enviados para a SMS-SSA, a fim de serem incluídos no sistema de cadastro de vacinas. Essa atualização é realizada periodicamente, devido à alteração no quadro de recursos humanos das unidades ou por haver trabalhadores nos serviços não elegíveis no momento inicial da vacinação. Os dados contidos nas planilhas enviadas semanalmente foram consolidados, a fim de garantir as informações sobre os trabalhadores vacinados e não vacinados, além de ajudar a definir os critérios a serem cumpridos posteriormente.

De posse dos dados dos trabalhadores vacinados, foi possível acompanhar o percentual de vacinação de cada unidade estadual, tanto da D1 quanto da D2. Nesse contexto, a Dgtes desenvolveu uma planilha em Excel a fim de facilitar a sistematização das informações disponibilizadas. Cabe destacar que a disponibilização dessa informação pelas unidades nem sempre ocorreu com a celeridade necessária, gerando uma demora na retroalimentação, visto que tal procedimento depende do envio das informações pelos Sias/Serviços de Saúde Ocupacional ou RH, gerando um descompasso entre o efetivo quantitativo de trabalhadores vacinados em tempo real e o disponibilizado na planilha.

Até o final de julho de 2021, 502.982 mil trabalhadores foram imunizados com a primeira dose da vacina, o que corresponde a 7,94% do total de doses D1 aplicadas no estado, enquanto em relação à D2, 16,09% (410.743) dos trabalhadores receberam a segunda dose da vacina, em relação ao total de D2 disponibilizadas no território baiano. Considerando a previsão inicial de trabalhadores vacinados (418.187), o número de doses aplicadas de D1, supera a previsão inicial, chegando ao percentual de 120%. Já em relação à D2, esse percentual gira em torno de 98%, o que demonstra a existência de um quantitativo de trabalhadores no estado superior ao esperado inicialmente, conforme disposto no Gráfico 1.

Gráfico 1. Quantitativo e percentual de trabalhadores da saúde vacinados com a D1 e D2 no estado da Bahia, 2021. Salvador, Bahia – 2021



Fonte: Diverp/Suvisa/Sesab, julho de 2021.

SITUAÇÃO ATUAL E PERSPECTIVAS

Diante da emergência sanitária que vive o mundo, o que temos visto é um esforço conjunto de organismos governamentais, institutos de pesquisa, indústria farmacêutica e da sociedade, sobretudo internacional, em encontrar caminhos para superar a pandemia da Covid-19.

Contudo, no Brasil, o vírus tem encontrado condições propícias para sua multiplicação, mutação e transmissibilidade em massa, colocando a população em situação de vulnerabilidade extrema. Lamentavelmente, essa situação é agravada pela inércia do Executivo Federal, que impõe aos estados e municípios a responsabilidade pela condução da pandemia, sem uma clara orientação e definição mínima de estratégias que possam colaborar para conter a disseminação da Covid-19. Em contraposição a essa situação, os estados brasileiros têm se unido com o intuito de realizar ações integradas entre os diversos setores da sociedade, promovendo uma ampla articulação interinstitucional para conter os efeitos da Covid-19. Cumprem, assim, o papel fundamental de adotar medidas para conter a disseminação viral em uma situação caracterizada como de exceção, assumindo uma liderança organizacional que caberia à esfera federal.

O país vivenciou nos últimos meses as chamadas “ondas² da pandemia” de Covid-19 com um crescente percentual de contaminados pela

2 - O termo em questão busca expressar a movimentação de pessoas e a articulação de distintas variáveis que colaboram para o aparecimento de novos surtos, que podem ocorrer após um declínio inicial na taxa de contaminados pelo vírus. A adequada escolha dessa nomenclatura pode ser explicada pela semelhança do aparecimento de novos eventos da pandemia com o processo de formação das ondas do mar – ocorre com a ação do vento que, ao soprar por longas distâncias, de diferentes lugares, empurra a água até gerar as ondulações, que refratam-se alterando sua velocidade de acordo com o meio de propagação.

Covid-19, ao passo que também tem experienciado a diminuição do número de óbitos, sobretudo nas populações mais vulneráveis, que já se encontram vacinadas. Nos últimos meses de 2020, impulsionada pelas eleições municipais, as festas de final de ano e as férias de verão, o que se viu no país foi à flexibilização da quarentena e o retorno da sensação de normalidade vivenciada pela população antes da chegada da pandemia, em março do mesmo ano. Desde o início da pandemia, os virologistas já alertavam para esse possível acontecimento e deixaram como recomendação manter os cuidados sugeridos pelos órgãos de saúde pública, mesmo que houvesse um achatamento na curva de infectados. Na prática, o movimento foi inverso, colocando a população em situação de vulnerabilidade sanitária, tornando o uso das vacinas contra a Covid-19 uma necessidade cada vez mais urgente.

Frente a esse contexto, as vacinas configuram-se, portanto, como um sopro de esperança para o mundo inteiro. E como se perceberá que a imunização está surtindo efeito? Em verdade, analistas destacam que a tendência será de queda no número de hospitalizações e de mortes, após o uso das vacinas, uma vez que os primeiros vacinados são os que correm mais risco de vida e estarão protegidos. Só então o número de casos cairá. Segundo pesquisadores da Universidade Federal de Pelotas (Ufpel) que coordenam a maior pesquisa do mundo sobre a prevalência de Coronavírus na população, a Epicovid, é necessário que pelo menos 30% da população esteja imunizada para começarmos a perceber uma diminuição importante na circulação do vírus.

A vacinação, além de representar a esperança de dias mais amenos para a população, tem se mostrado o meio mais efetivo, eficaz e eficiente para o controle, erradicação e até a eliminação de doenças no Brasil. Um país com dimensões continentais que, atualmente, comporta mais de 220 milhões de habitantes, de fato, necessita de um programa robusto, com registros históricos e currículo inabalável, como o PNI. Implantado em 18 de setembro de 1973, o programa se constitui como um marco da saúde pública brasileira, de referência mundial, que consegue alcançar todos os cidadãos e cidadãs, mesmo àqueles que residem nos mais longínquos rincões do país.

Mesmo com todas as credenciais favoráveis, com uma vasta rede de salas de vacina, profissionais qualificados, sistema de informação e disponibilidade de diferentes tipos de imunizantes, a atuação do programa, nos últimos anos, não consegue o alcance mínimo esperado do percentual de cobertura vacinal da população, sendo esse resultado atribuído a problemas de acesso, distribuição e convicção. Espera-se, portanto, que a mobilização em torno da vacinação contra a Covid-19 traga de volta a credibilidade da população quanto à importância das vacinas para proteção da saúde e da vida, bens inalienáveis da humanidade.

A Bahia se constitui como um bom exemplo de condução local e regional da pandemia. A implantação do Consórcio Nordeste foi fundamental para o fortalecimento das ações regionais de enfrentamento à Covid-19, sobretudo por basear suas ações na ciência, na ética, pautando a importância de cada vida como mola propulsora para manutenção do bem coletivo. Soma-se a isso o legado dos planos de contingência como documentos norteadores da implantação e implementação de ações, serviços, programas e políticas para o enfrentamento de situações como a vivenciada pela pandemia, em especial os Planos de Contingência Covid-19 para os Trabalhadores da saúde, que abarcaram todas as medidas de promoção, prevenção e intervenção à saúde do trabalhador, incluindo a vacina.

Aos trabalhadores da saúde, verdadeiros militantes da saúde pública e do SUS, todo nosso reconhecimento ao trabalho e à coragem para encarar todos os dias a Covid-19, suplantando seus medos e incertezas para assegurar à população acesso e atenção humanizada, compreendendo o valor inestimável de cada vida humana. À população, cabe a adesão às medidas de precaução individuais e coletivas, sobretudo o respeito ao distanciamento social, o uso regular de máscaras de proteção, a lavagem constante das mãos e o uso do álcool em gel, quando a lavagem não for possível. Medidas simples, mas que são eficazes diante da gravidade sanitária que assola o mundo. Às famílias e amigos enlutados pela perda de entes vitimados pela Covid-19, toda nossa solidariedade e consternação. Esperamos que, num futuro breve, os legados dessa pandemia nos ajudem a refletir sobre a importância da democracia e do voto consciente; da valorização das políticas de estado, como o SUS; e da ciência, que produz vacinas, doses de esperança que afirmam o sentido inalienável da vida.

REFERÊNCIAS

Bahia. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Comissão Intergestores Bipartite. Resolução n. 005/2021. Aprova ad referendum as recomendações aos prefeitos e secretários municipais de saúde para a vacinação contra a Covid-19.

Bahia. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Superintendência de Recursos Humanos da Saúde. Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Boletim Informativo dos Trabalhadores Covid-19. Salvador (BA); 2020.

Bahia. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Covid-19 (Novo Coronavírus) [Internet]. 2020 [citado em 2021 mar 24]. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/temasdesaude/coronavirus/>

Bahia. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Superintendência de Vigilância e Proteção à Saúde. Plano de Vacinação contra Covid-19 no Estado da Bahia. Salvador (BA); 2021.

Bousada GM, Pereira EL. Produção de vacinas virais parte I: engenharia de bioprocessos. RevUniv Vale Rio Verde. 2017; 15(1):30932.

Brasil, 2021b. <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2021/03/09/pacheco-e-lira-cobram-informacoes-sobre-vacinacao-a-ministro-da-saude>

BRASIL, 2021c. <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/entenda-a-ordem-de-vacinacao-contra-a-covid-19-entre-os-grupos-prioritarios>

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis. Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações. Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação Contra a Covid-19. Brasília (DF); 2020.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria GAB/SVS n. 28, de 3 de setembro de 2020 Institui a Câmara Técnica Assessora em Imunização e Doenças Transmissíveis. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2020 set 4. Seção 1, p. 120.

Caponi. Covid entre o negacionismo. <https://www.scielo.br/j/ea/a/tz4b6kWP4sHZD7ynw9LdYYJ/?lang=pt#:~:text=Enquanto%20o%20estado%20notifica%20no,pelo%20presidente%20e%20seus%20ministros>

CNN Brasil. Veja quais países iniciaram a vacinação contra a Covid-19; Brasil está fora [Internet]. 2020 dez 24 [citado em 2021 mar 18]. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/2020/12/24/quais-os-paises-que-ja-comecaram-a-vacinacao-contra-a-covid-19>

Conass; Conasemes, 2020. <https://www.conass.org.br/nota-conjunta-conass-conasemes-campanha-nacional-de-vacinacao-contra-a-covid-19/>

Cueto, 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702020000400001>

Domingues. Desafios para a realização da campanha de vacinação contra a Covid-19 no Brasil. <https://www.scielo.br/j/csp/a/KzYXRtNwy4fZjTXsgwSZvPr/?lang=pt>

Ferrinho et al. Proteger os trabalhadores da saúde contra o SARS-CoV-2. <https://anaisihmt.com/index.php/ihmt/article/view/354>

Frente Pela Vida, 2021. <https://frentepelavida.org.br/>

<http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2021/01/Plano-de-Vacinacao-Covid-19.pdf>

<https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2021-01/vacinacao-contra-covid-19-come%C3%A7a-em-todo-o-pais>

<https://portal.stf.jus.br/noticias/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=460138&ori=1http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticiaNoticiaStf/anexo/SegundatutelaADPF754.pdf>

<https://www.bbc.com/portuguese/brasil-55850118>

<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/entenda-a-ordem-de-vacinacao-contr-a-covid-19-entre-os-grupos-prioritarios>

<https://www.gov.br/saude/pt-br/vacinacao/>

<https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19>

<https://www.paho.org/pt/noticias/21-3-2021-brasil-recebera-primeiras-vacinas-contr-a-covid-19-por-meio-do-mecanismo-covax>

<https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/hF6M6SFrhX7XqLPmBTwFfVs/?lang=pt>

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Pesquisa Nacional de Saúde: 2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal: Brasil e grandes regiões. Rio de Janeiro (RJ); 2020.

Isto É. Brasil registra novo recorde e tem mais de 10 mil mortes por Covid em uma semana [Internet]. 2021 mar 6 [citado em 2021 mar 15]. Disponível em: <https://istoe.com.br/brasil-registra-novo-recorde-e-tem-mais-de-10-mil-mortes-por-covid-em-uma-semana/>

Lima. Almeida. Kfour. Vacinas para Covid-19 estado da arte. Rev. Bras. Saude Mater. Infant.21 (Suppl 1).Feb 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/hF6M6SFrhX7XqLPmBTwFfVs/?lang=en>

Macedo. Struchiner. Maciel. Contexto de elaboração do Plano de Imunização contra Covid-19 no Brasil. DOI: 10.1590/1413-81232021267.04302021

Passarinho N. 3 erros que levaram à falta de vacinas contra covid-19 no Brasil [Internet]. 2021 fev 23 [citado em 2021 mar 21]. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-56160026>

Santos MT. Como as vacinas para a Covid-19 ficaram prontas tão rápido? [Internet]. Atualizado em 2021 mar 12 [citado em 2021 mar 20]. Disponível em: <https://saude.abril.com.br/medicina/como-as-vacinas-para-a-covid-19-ficaram-prontas-tao-rapido/>

Silva LOP, Nogueira JMR.A corrida pela vacina em tempos de pandemia: a necessidade da imunização contra a Covid-19. RevBras Anal Clin. 2020;52(2):14953.

Valery G. Ano novo com vacina contra covid-19 traz esperança, mas o pesadelo não acabou. Entenda [Internet]. 2021 jan1 [citado em 2021 mar 23]. Disponível em: <https://www.redebrasilatual.com.br/saude-e-ciencia/2021/01/ano-novo-vacina-covid-19-esperanca-mas-pesadelo-nao-acabou-entenda/>

Wilder-Smith A, Freedman DO.Isolation, quarantine, social distancing and community containment: pivotal role for old-style public health measures in the novel coronavirus (2019-nCoV) outbreak. J Travel Med. 2020;27(2):taaa020.

World Health Organization.SAGE Roadmap For Prioritizing Uses Of Covid-19 Vaccines In The Context Of Limited Supply [Internet]. 2020 nov 13 [citado em 2021 mar 18]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/who-sage-roadmap-for-prioritizing-uses-of-covid-19-vaccines-in-the-context-of-limited-supply>

Yoo JH. The fight against the 2019-nCoV outbreak: an arduous march has just begun. J Korean MedSci. 2020;35(4):e56.

ORGANIZADORES

BRUNO GUIMARÃES DE ALMEIDA



Enfermeiro Sanitarista e Ator. Especialista em Educação Profissional na área de saúde pela Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp); Em Medicina Social sob a forma de Residência com área de concentração em Saúde da Família pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (Isc/Ufba) e em Saúde da Família, com ênfase em Coordenação e Gerenciamento de Processos de Trabalho pela Escola de Enfermagem (EENF/Ufba). Mestre em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde e Doutorando em Saúde Coletiva do PPGSC/ Isc/Ufba. Membro dos Grupos de Pesquisa: GERIR/ Núcleo de pesquisa em políticas, gestão, trabalho e recursos humanos em enfermagem e saúde coletiva (EENFUfba) e Trabalho, Educação e Gestão em Saúde (Getegs) do Isc/ Ufba. Membro da Câmara Técnica de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass). Atua como Diretor de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Dgtes/Sesab). Salvador, Bahia, Brasil.

E-mail: bruno.almeida@saude.ba.gov.br/ bguial1@yahoo.com.br

ISABELA CARDOSO DE MATOS PINTO



Assistente Social. Mestra em Saúde Coletiva e Doutora em Administração Pública pela Universidade Federal da Bahia (Ufba). Professora Associada do Instituto de Saúde Coletiva (Isc) da Ufba. Docente do corpo permanente do Programa de Pós-Graduação do Isc/Ufba. Membro do colegiado de gestão do GT Trabalho e Educação na Saúde da Abrasco. Pesquisadora e Coordenadora da Linha de Pesquisa Trabalho, Educação e Gestão na Saúde do Isc/Ufba. Coordenadora do Observatório de Análise Política na Saúde. Atua como Diretora do Isc/Ufba. Salvador, Bahia, Brasil.

E-mail: isabela@ufba.br

REVISORA

CARMEN FONTES TEIXEIRA



Médica. Mestre em Saúde Comunitária e Doutora em Saúde Pública pela Universidade Federal da Bahia. Professora titular, aposentada, do Instituto de Humanidades, Artes e Ciências (IHAC) da Universidade Federal da Bahia (Ufba). Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva (PPGSC/Isc/Ufba) e do Programa de Estudos Interdisciplinares sobre a Universidade (PPGEISU/IHAC/Ufba). Pesquisadora do Observatório de Análise Política em Saúde. Salvador, Bahia, Brasil.

E-mail: carment@ufba.br. ORCID: 0000-0002-8080-9146

SOBRE OS AUTORES



ALBA DA CUNHA ALVES

Assistente Social Sanitarista. Especialista em Serviço Social e Seguridade Social. Especialista em Saúde Pública. Atua como técnica da Ouvidoria SUS/BA da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Ouvidoria SUS – Bahia/ Sesab). Salvador, Bahia, Brasil.

E-mail: alba.cunha@hotmail.com



ALINE MACIEL SÃO PAULO PAIXÃO

Terapeuta Ocupacional. Especialista em Gestão em Saúde. Atua na equipe técnica da Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação da Saúde da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Dgtes/Sesab). Salvador, Bahia, Brasil.

E-mail: aline.paixão@saude.ba.gov.br



ANA CLAUDIA CALDAS DE MENEZES

Assistente Social. Especialista em Vigilância Sanitária. Especialista em psicoativos e em Práticas Integrativas e Complementares. MBA Executivo em Saúde/Gestão Hospitalar. Atua como referência técnica do Serviço Integral de Atenção à Saúde do Trabalhador (Siastr Assistencial) da Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação da Saúde da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Dgtes/Sesab). Salvador, Bahia, Brasil.

E-mail: ana.caldas@zipmail.com.br



ANA CRISTINA COELHO RAMOS

Assistente Social. Especialista em Educação na Saúde para Preceptores do SUS pelo Instituto Sirio-Libanês de Ensino e Pesquisa (IEPSL). Especialista em Gestão da Clínica nas Regiões de Saúde pelo IEPSL. Contadora de Histórias pela Associação Viva e Deixe Viver. Atua na equipe técnica da Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação da Saúde da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Dgtes/Sesab). Salvador, Bahia, Brasil.

E-mail: accr98@hotmail.com



ANA FLÁVIA BARROS CRUZ

Enfermeira Sanitarista. Especialista em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). Atua na equipe técnica da Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Dgtes/Sesab). Salvador, Bahia, Brasil.

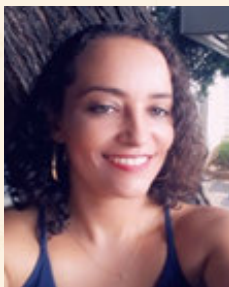
E-mail: anaflavia.cruz@saude.ba.gov.br / afdiscipula@gmail.com



ANA GEORGINA DA SILVA DIAS

Economista pela Universidade de Brasília (UnB). Atua como Supervisora técnica do Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (Dieese) na Bahia. Salvador, Bahia, Brasil.

E-mail: anageorgina@dieese.org.br



ANGÉLICA ARAÚJO DE MENEZES

Enfermeira Sanitarista. Especialista em Enfermagem do Trabalho. Mestre em Avaliação de Tecnologias em Saúde pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (Isc/Ufba). Doutoranda em Saúde Coletiva do PPGSC/ Isc/Ufba. Membro dos Grupos de Pesquisa: Gerir/ Núcleo de pesquisa em políticas, gestão, trabalho e recursos humanos em enfermagem e saúde coletiva (EENFUFBA) e Trabalho, Educação e Gestão em Saúde (Getegs) do Isc/ Ufba. Membro executivo da Rede de Estudos e Pesquisa em Dimensionamento e Planejamento da Força de Trabalho em Saúde (ReDimensiona). Atua como Enfermeira /Referência Técnica da Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Salvador, Bahia, Brasil.

E-mail: angélica.menezes@saude.ba.gov.br



BRUNO GUIMARÃES DE ALMEIDA

Enfermeiro Sanitarista e Ator. Especialista em Educação Profissional na área de saúde pela Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp); Em Medicina Social sob a forma de Residência com área de concentração em Saúde da Família pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (Isc/Ufba) e em Saúde da Família, com ênfase em Coordenação e Gerenciamento de Processos de Trabalho pela Escola de Enfermagem (EENF/Ufba). Mestre em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde e Doutorando em Saúde Coletiva do PPGSC/ Isc/ Ufba. Membro dos Grupos de Pesquisa: GERIR/ Núcleo de pesquisa em políticas, gestão, trabalho e recursos humanos em enfermagem e saúde coletiva (EENFUFba) e Trabalho, Educação e Gestão em Saúde (Getegs) do Isc/ Ufba. Membro da Câmara Técnica de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass). Atua como Diretor de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Dgtes/ Sesab). Salvador, Bahia, Brasil.

E-mail: bruno.almeida@saude.ba.gov.br / bguial1@yahoo.com.br



BRUNO DÓREA JAQUES

Fisioterapeuta pela Universidade Católica do Salvador (Ucsal). Especialista em Fisioterapia do Trabalho e Ergonomia pelo Instituto Veronesi de Ensino/ ES. Extensão Universitária em Gestão Hospitalar e Sistemas de Saúde pela Universidade Federal da Bahia (Ufba). Membro convidado da pesquisa: Condições de Saúde de Trabalhadores Técnico-Administrativos (Costta) da Universidade do Estado da Bahia (UNEB). Atua como técnico da Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (Dgtes/Sesab). Salvador, Bahia, Brasil. Coordenador da Câmara Técnica de Saúde da Trabalhadora e Trabalhador do Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional-BA (CREFITO 7).

E-mail: bruno.dorea@saude.ba.gov.br



CAMILA MOITINHO DE ARAGÃO BULCÃO

Fisioterapeuta. Especialista em Ergonomia, Saúde do Trabalhador e em Gestão de Processos Formativos no Âmbito do SUS. Mestra em Saúde Coletiva. Servidora do quadro efetivo da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (Sesab). Atua como Coordenadora de Saúde e Segurança do Trabalhador/ Programa de Atenção Integral à Saúde da Trabalhadora e do Trabalhador (PAIST) da SESAB da Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde da SESAB (DGTES). Salvador, Bahia, Brasil.

E-mail: camila.bulcao@saude.ba.gov.br



CARLA OLIVEIRA BUENO MASSA

Nutricionista. Bacharel em Direito. Especialista em Gestão Local de Sistemas de Saúde. Atua Coordenadora de Desenvolvimento Funcional da Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (CODEF/ Dgtes/Sesab). Salvador, Bahia, Brasil.

E-mail: carla.massa@saude.ba.gov.br



CARMEN FONTES TEIXEIRA

Médica. Mestre em Saúde Comunitária e Doutora em Saúde Pública. Professora titular, aposentada, do Instituto de Humanidades, Artes e Ciências (IHAC) da Universidade Federal da Bahia (Ufba). Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva (PPGSC/Isc/Ufba) e do Programa de Estudos Interdisciplinares sobre a Universidade (PPGEISU/IHAC/Ufba). Pesquisadora do Observatório de Análise Política em Saúde. Salvador, Bahia, Brasil.

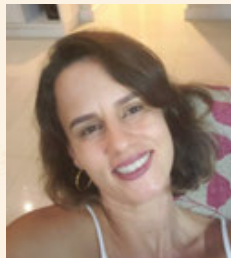
E-mail: carment@ufba.br. ORCID: 0000-0002-8080-9146



CATHARINA LEITE MATOS SOARES

Cirurgiã dentista. Mestre em Saúde comunitária e Doutora em Saúde pública pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (Isc / Ufba). Atua como Docente adjunta do Isc/Ufba.Salvador, Bahia, Brasil.

E-mail: catharinamatos@gmail.com



CINTIA SANTOS CONCEIÇÃO

Enfermeira. Sanitarista. Especialista em Saúde da Família sob a forma de Residência Multiprofissional pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP). Especialista em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde pela Escola Estadual de Saúde Pública Prof. Jorge Novis (Espba). Atua na Diretoria de Atenção Básica da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Salvador, Bahia, Brasil.

E-mail: cintiascufba@yahoo.com.br



DAMASIA CARVALHO DE OLIVEIRA FERNANDES

Assistente social, graduada pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Especialista em Saúde Coletiva pela Universidade Gama Filho. Especialista em Micropolítica em Gestão Pública pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Atua como técnica da Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Dgtes/Sesab).Salvador, Bahia, Brasil.

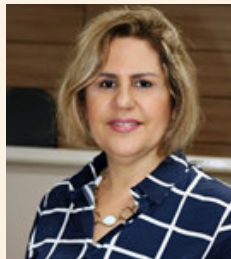
E-mail: damasia.fernandes@saude.ba.gov.br



DIANA GUADALUPE MACEDO LICONA

Bacharel em Direito pela Universidade Tiradentes (UNIT). Especialista em Direito Sanitário pela Fundação Oswaldo Cruz/ Universidade de Brasília (Fiocruz/UNB). Especialista em Direito Público pela Luis Flávio Gomes / Rede LFG. Atua como Coordenadora de Gestão do Trabalho na Saúde da Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Dgtes/Sesab). Salvador, Bahia, Brasil.

E-mail: diana.licona@saude.ba.gov.br



EDIVÂNIA LUCIA ARAUJO SANTOS LANDIM

Assistente Social. Mestre e Doutora em Administração pela Universidade Federal da Bahia (Ufba). Especialista em Gestão de Políticas Públicas de Saúde Informadas por Evidências, Programas Descentralizados de Saúde Pública, com ênfase em IST/Aids e Administração Hospitalar. Assessora Técnica da Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Suvisa/Sesab). Salvador, Bahia, Brasil.

E-mail: vanialandim@hotmail.com



ERICA CRISTINA SILVA BOWES

Assistente Social. Especialista em Saúde do Trabalhador pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (Isc/Ufba). Especialista em Saúde Coletiva concentração em monitoramento, avaliação e informações estratégicas em saúde pelo Isc/Ufba. Mestre em Saúde Coletiva área de concentração em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde pelo Isc/Ufba. Doutoranda em Saúde Coletiva do PPGSC/Isc/Ufba. Atua como Coordenadora de Humanização do Trabalho na Saúde da Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Dgtes/Sesab). Salvador, Bahia, Brasil.

E-mail: erica.bowes@saude.ba.gov.br



FRANKLIN BRENNO DE OLIVEIRA CORREIA ALVES

Técnico em Segurança do Trabalho pelo CEEPAT. Bacharelando Interdisciplinar em Ciências e Tecnologia pelo Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Professor Milton Santos (IHAC) da Universidade Federal da Bahia (Ufba). Atua como técnico de segurança do trabalho da Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Dgtes/Sesab). Salvador, Bahia, Brasil.

E-mail: franklinbrenno9@gmail.com



HAROLDO JORGE DE CARVALHO PONTES

Psicólogo pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Especialista em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública de São Paulo (USP) e Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde pela UFC. Mestrando em Gestão, Trabalho, Educação e Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Atua como Assessor Técnico do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass). Fortaleza, Ceará, Brasil.

E-mail: haroldopontes@gmail.com



IRACEMA VITERBO SILVA

Assistente Social. Mestra em Saúde Comunitária e Doutora em Saúde Pública pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (Isc/Ufba). Especialista em Medicina Preventiva e Social com formação multiprofissional em Saúde da Família. Especialista em Vigilância em Saúde Ambiental pelo Instituto de Estudos de Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (IESC/UFRJ). Atua na equipe técnica da Diretoria de Atenção e Vigilância à Saúde do Trabalhador/ Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Divast-Cesat/Sesab). Salvador, Bahia, Brasil.

E-mail: iracema.silva@saude.ba.gov.br



ISABELA CARDOSO DE MATOS PINTO

Assistente Social. Mestra em Saúde Coletiva e Doutora em Administração Pública pela Universidade Federal da Bahia (Ufba). Professora Associada do Instituto de Saúde Coletiva (Isc) da Ufba. Docente do corpo permanente do Programa de Pós-Graduação do Isc/Ufba. Membro do colegiado de gestão do GT Trabalho e Educação na Saúde da Abrasco. Pesquisadora e Coordenadora da Linha de Pesquisa Trabalho, Educação e Gestão na Saúde do Isc/Ufba. Coordenadora do Observatório de Análise Política na Saúde. Atua como Diretora do Isc/Ufba. Salvador, Bahia, Brasil.

E-mail: isabela@ufba.br



GILDA ASSIS ALVES

Nutricionista Sanitarista. Especialista em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp). Especialista em planejamento e políticas públicas pela Escola Administração da Universidade Federal da Bahia (Ufba). Especialista em Avaliação Programas e Problemas pela Universidade de São Paulo (USP). Servidora aposentada da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Sesab). Salvador, Bahia, Brasil.

E-mail: gilda.assis@hotmail.com



JAIRNILSON SILVA PAIM

Médico pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia (Ufba). Mestre e Doutor em Saúde Pública. Professor Titular, aposentado, pela Universidade Federal da Bahia e Professor Honoris Causa da Universidade Estadual de Feira de Santana. Atuou como coordenador do Projeto Análise de Políticas de Saúde no Brasil (2003-2017). Membro do Colegiado Gestor do Observatório de Análise Política em Saúde (OAPS). Atua como docente do Instituto de Saúde Coletiva (Isc) da Ufba.

E-mail: jairnil@ufba.br



JAMILE OLIVEIRA LIMA

Assistente Social. Mestra em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz). Atua como técnica da Diretoria de Vigilância Epidemiológica da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (DIVEP/Sesab). Salvador, Bahia, Brasil.

E-mail: jamile400@hotmail.com



JAMILLY SOUZA RIBEIRO

Enfermeira pela Universidade do Estado da Bahia (UNEB). Especialista em Saúde Pública pela UNEB. Especialista em Acupuntura pelo Colégio Brasileiro de Acupuntura e Medicina Tradicional (CBA ABA-CO). Atua como sanitarista do Serviço Integral de Atenção à Saúde do Trabalhador (Siasst Assistencial) da Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Dgtes/Sesab). Salvador, Bahia, Brasil.

E-mail: jamsouri@hotmail.com



JANAÍNA PERALTA

Administradora de Empresas pela Universidade Salvador (UNIFACS). Bacharel em Direito pela Universidade Católica do Salvador (UCSAL). Servidora pública concursada do Governo do Estado da Bahia ocupante do cargo de Especialista em Políticas Públicas e Gestão Governamental (EPPGG). Atuou na Secretaria de Desenvolvimento Social e Combate à Pobreza (SEDES), assumindo as funções gestoras do Programa de Incentivo à Produção e ao Consumo do Leite e avaliadora do Programa Mais Vida; na Secretaria da Administração (Saeb) como Diretora de Administração dos Benefícios Previdenciários, ambas do Governo do Estado da Bahia; no Tribunal de Contas dos Municípios do Estado da Bahia (TCM) como Assessora da Diretoria de Controle dos Atos de Pessoal. Atua como Superintendente de Recursos Humanos da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Superh/Sesab). Salvador, Bahia, Brasil.

E-mail: janaina.peralta@saude.ba.gov.br



JANETE CASTRO

Enfermeira. Mestra em administração e Doutora em educação. Atua no Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (DSC/UFRN). Natal, Rio Grande do Norte, Brasil

E-mail: janetecastro.ufrn@gmail.com



JOANA ANGÉLICA S. DEMARCHI

Enfermeira pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC). Especialista em Enfermagem Comunitária sob a forma de residência pela Universidade Federal da Bahia (Ufba). Especialista em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Especialista em Gerência de Distritos Sanitários pela Ufba. Especialista em Gestão de Sistemas de Saúde para Auditores do SUS/BA pela Escola de Saúde Pública da Bahia Prof. Jorge Novis (Espba). Atua como Assessora Técnica da Superintendência de Atenção Integral a Saúde da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (Sais/Sesab). Salvador, Bahia, Brasil.

E-mail: joana.demarchi@saude.ba.gov.br



JOSÉ CARLOS DA SILVA

Enfermeiro. Especialista nas áreas de: Saúde Coletiva; Gestão de Serviços de Saúde; Gestão e Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde. Co-autor do Livro Gestão de Recursos Humanos, Coleção Saúde e Cidadania pela Universidade de São Paulo (USP). Atua como Consultor Associado e Professor do Instituto de Direito Sanitário Aplicado (IDISA). Campinas, São Paulo, Brasil.

E-mail: jcscamp@terra.com.br



JOSÉ CARLOS DA SILVA (CARLOS SILVAN)

Professor e Pesquisador. Historiador, Antropólogo da Saúde e Sanitarista. Mestre em Educação pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Doutorando em Educação pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Ex- Diretor da Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (Dgtes) da Superintendência de Recursos Humanos (Superh) da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Sesab). Ex- Coordenador da Gestão do Trabalho do Ministério da Saúde (MS). Recife, Pernambuco, Brasil.

E-mail: carlossilvan2003@yahoo.com.br



LAÍSE REZENDE ANDRADE

Psicóloga pela Universidade Federal da Bahia (Ufba). Doutora em Saúde Pública pelo Instituto de Saúde Coletiva da Ufba (Isc/Ufba). Mestre em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz). Especialista em Medicina de Família e Comunidade pelo Isc/Ufba. Atuou como sanitarista na Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde do Ministério da Saúde (Sgtes/MS), na Fundação Estatal Saúde da Família (FESF-SUS/Ba) e na Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Sesab). Atua como docente Adjunta do Isc/Ufba. Salvador, Bahia, Brasil.

E-mail: laiseandrade@hotmail.com



LARISSA VIEIRA BARROS

Assistente Social. Mestra em Saúde Comunitária e doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (Isc/Ufba). Atua como Docente do Curso de Serviço Social do Instituto de Psicologia (IPS/Ufba). Salvador, Bahia, Brasil.

E-mail: laravbarros@gmail.com



LETICIA COELHO DA COSTA NOBRE

Médica sanitaria. Mestra em Medicina Comunitária pela Universidade Federal da Bahia (Ufba). Atua como Diretora de Vigilância e Atenção à Saúde do Trabalhador da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Divast/Sesab). Salvador, Bahia, Brasil.

E-mail: leticia.nobre@saude.ba.gov.br



LILIANA SANTOS

Psicóloga pela Universidade de Passo Fundo (UPF). Mestra em Psicologia pela Universidade Federal do Paraná (UFPR). Doutora em Saúde Pública pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (Isc/Ufba). Coordenadora do Colegiado de Curso da Graduação em Saúde Coletiva do Isc/Ufba (2017-2021). Membro da Coordenação do Fórum de Graduação em Saúde Coletiva da Abrasco (2016-2021). Membro da Coordenação Seção Nordeste II da Associação Brasileira da Rede Unida (2015-2021). Áreas de atuação: políticas de saúde, trabalho & educação na saúde, formação de profissionais da saúde, processo de trabalho em saúde, educação permanente em saúde, humanização, atenção integral e cuidado em saúde. Atua como Professora adjunta e pesquisadora do Instituto de Saúde Coletiva/Ufba. Salvador, Bahia, Brasil.

E-mail: lilianapsico@gmail.com



LIS BANDARRA MONÇÃO

Dentista pela Universidade Federal da Bahia (Ufba). Especialista em Medicina Social com ênfase em Saúde da Família e Mestra em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva (Isc) da Ufba. Integra a rede de Instrutores Internos da Secretaria de Administração do Estado da Bahia/Saeb. Atua como Sanitarista na área de Planejamento, Monitoramento, Avaliação e Gestão em saúde da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Sesab). Salvador, Bahia, Brasil.

E-mail: lis.moncao@saude.ba.gov.br



LISIANE BÔER POSSA

Fisioterapeuta. Doutora em Sociologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Professora Associada do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil.

E-mail: lisianepossa@gmail.com



LOUISE MIRANDA DE SENA VEIGA

Enfermeira. Especialista em Enfermagem Bloco Cirúrgico pela Universidade Federal da Bahia (Ufba). Especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde pela Escola de Saúde Pública da Bahia Prof. Jorge Novis (Espba). Atua na equipe técnica da Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação da Saúde da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Dgtes/Sesab). Salvador, Bahia, Brasil.

E-mail: louise.veiga@saude.ba.gov.br



LUCIANA SANTOS CHAVES

Enfermeira Sanitarista. MBA em Economia e Avaliação em Tecnologias em Saúde. Mestre em Gestão de Tecnologia e Inovação em Saúde no SUS. Atua como técnica da Secretaria Municipal de Saúde de Camaçari – Bahia. Salvador, Bahia, Brasil.

E-mail: lucianakeys@gmail.com



LUCIANO DE PAULA MOURA

Dentista Sanitarista. Especialista em Medicina Social sob a forma de Residência com área de concentração em Saúde da Família pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (Isc/Ufba). Especialista em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde pela Escola de Saúde Pública da Bahia Prof. Jorge Novis (Espba). Mestre em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde pelo Isc/Ufba e Doutorando em Gestão, Formação e Trabalho pela Escola de Enfermagem (EENF/Ufba). Membro dos Grupos de Pesquisa: GERIR/ Núcleo de pesquisa em políticas, gestão, trabalho e recursos humanos em enfermagem e saúde coletiva (EENFUfba) e Trabalho, Educação e Gestão em Saúde (GETEGS) do Isc/ Ufba. Atua como Assessor Técnico da Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação da Saúde da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Dgtes/Sesab). Salvador, Bahia, Brasil.

E-mail: luciano.moura@saude.ba.gov.br/mouraluciano@yahoo.com.br



MARCELE CARNEIRO PAIM

Comunicóloga Sanitarista. Mestra em Saúde Comunitária. Doutora em Saúde Pública. Docente adjunta e pesquisadora do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (Isc/Ufba). Salvador, Bahia, Brasil.

E-mail: celepaim@hotmail.com



MARIA CONSTANTINA CAPUTO

Médica, graduada pela Universidade de Buenos Aires. Psicóloga Social pela Primera Escuela Privada de Psicología Social Enrique Pichon Rivière. Diplomatura em Saúde Pública pela Escola de Saúde Pública da Universidade de Buenos Aires. Especialista em Planejamento de Sistemas de Saúde pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Mestra em Saúde Pública e Doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (Isc/Ufba). Pós-Doutora pela Universidad de Barcelona. Atua como Professora Associada do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde da Ufba e Membro Permanente do Programa de Pós-graduação em Estudos Interdisciplinares sobre a Universidade (PPGEISU) da Ufba. Salvador, Bahia, Brasil.

E-mail: caputo@ufba.br



MARILIA SANTOS FONTOURA

Enfermeira Sanitarista. Doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (Isc/Ufba). Mestra em Educação pela Ufba. Especialista em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz). Atuou na gestão municipal de três municípios baianos e já foi membro da Comissão Intergestores Bipartite do estado da Bahia. Docente da Escola de Enfermagem da Ufba. Atua como sanitarista do quadro efetivo da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Sesab), Diretora da Escola Estadual de Saúde Pública Prof. Jorge Novis (EPSBA), Membro da Comissão Coordenadora Estadual do Programa Mais Médicos-Bahia e Coordenadora Estadual do Curso Especialização em Saúde Pública. Salvador, Bahia, Brasil.

E-mail: marília.fontoura@saude.ba.gov.br



MARIO ROBERTO DAL POZ

Médico. Mestre em medicina social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Doutor em saúde pública pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Atua no Instituto de Medicina Social da UERJ. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

E-mail: dalpozmd@uerj.br



MÁRCIO LEMOS

Fonoaudiólogo. Mestre e Doutorando em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (Isc/Ufba). Especialista em Saúde da Família. Professor substituto do Departamento de Medicina da Universidade Federal de Sergipe (UFS) e Consultor Técnico do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass). Aracajú, Sergipe, Brasil.

E-mail: marcio.eesp@gmail.com



MÔNICA HUPSEL FRANK

Médica pela Universidade Federal da Bahia (Ufba). Especialista em geriatria pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG)/ Associação Médica Brasileira (AMB). Especialista em Regulação da Assistência pelo Instituto Sírio-Libanês. Mestre em Medicina e Saúde pela Ufba. Atua como Diretora do Centro Estadual de Referência de Atenção à Saúde do Idoso da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (CREASI/Sesab). Salvador, Bahia, Brasil.

E-mail: monicafrank100@gmail.com



MONICA YOLANDA PADILLA DIAZ

Médica de nacionalidade equatoriana. Mestra em Saúde Pública, Investigação e Administração de Serviços de Saúde pela Universidade Central de Equador. Especialista em Gestão de Políticas de Recursos Humanos em Saúde pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz). Residência em Saúde Internacional no Escritório Central da Organização Pan-Americana da Saúde em Washington, DC, USA. Assessora internacional para o Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde da Opas Oficina Central. Assessora para Região Andina, Região Centroamérica. Atua como Coordenadora da Unidade Técnica de Capacidades Humanas para a Saúde na Opas/OMS Brasil. Brasília, Distrito Federal, Brasil.

E-mail: padillamo@paho.org



MONIQUE AZEVEDO ESPERIDIÃO

Psicóloga, Doutora em Saúde Pública pela Universidade Federal da Bahia. (Ufba) com estágio na Escola de Altos Estudos em Ciências Sociais (EHESS, Paris, França). Professora Associada do Instituto de Saúde Coletiva (Isc/Ufba). Pesquisadora do Diretório de Política, Planejamento e Gestão em Saúde (Isc/Ufba). Salvador, Bahia, Brasil.

E-mail: moniqueesper@gmail.com



PATRÍCIA DANTAS DE ARAÚJO

Nutricionista Sanitarista. Mestra em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (Isc/Ufba). Especialista em saúde da família sob forma de residência pelo Instituto Hólon e Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP). Salvador, Bahia, Brasil.

E-mail: patytdant@yahoo.com.br



PEDRO MARCUS RODRIGUES VALEIJO PINTO

Psicólogo. Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva com área de concentração em Planejamento e Gestão em Saúde pelo Instituto de Saúde Coletiva (Isc) da Universidade Federal da Bahia (Ufba). Salvador, Bahia, Brasil.

E-mail: pedro.valeijo@gmail.com



PRISCILA SORAES MACÊDO

Enfermeira pela Universidade do Estado da Bahia (UNEB). Especialista em Nefrologia sob forma de residência e em Gestão em Saúde pela UNEB. Especialista em Enfermagem do trabalho pela FACINTER/IBPEX. Ex-coordenadora de Desenvolvimento Funcional da Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação da Saúde (CODEF/DGTES). Atua no Comitê Estadual de Emergência em Saúde Pública (COE) e na equipe técnica da DGTES da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB).

E-mail: Priscila.macedo1@saude.ba.gov.br



REJANE ANDRADE CARDOSO

Administradora com habilitação em Marketing. Especialista em Gestão Pública Municipal. Atua no Comitê Estadual de Emergência em Saúde Pública (COE) e na equipe técnica da Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação da Saúde da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Dgtes/Sesab). Salvador, Bahia, Brasil.

E-mail: rejane.cardoso@saude.ba.gov.br



ROSANA SANTOS BATISTA ADORNO

Assistente Social. Especialista em Gestão Estratégica de Pessoas pela Universidade do Estado da Bahia (UNEB). Especialista em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Especialista em Saúde Pública pela Escola de Saúde Pública da Bahia Prof. Jorge Novis (Espba). Atua na equipe técnica da Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação da Saúde da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Dgtes/Sesab). Salvador, Bahia, Brasil.

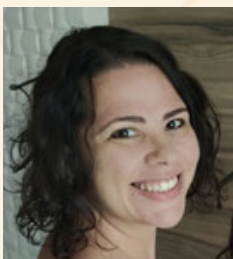
E-mail: rosana.adorno@saude.ba.gov.br



ROSÂNGELA MARIA REGIS DUARTE KATAYOSE

Assistente Social pela Universidade Católica do Salvador (UCSAL). Mestra em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde pela Escola Nacional de Saúde Pública/ Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/ Fiocruz). Ex-coordenadora de Gestão do Trabalho da Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Dgtes/Sesab). Atua como técnica do Distrito Sanitário de Saúde de Pau da Lima da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador (SMS). Salvador, Bahia, Brasil.

E-mail: katayose.35@hotmail.com



SILVANA LIMA VIEIRA

Enfermeira. Mestra e Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia (Ufba). Especialista em Administração Hospitalar de Serviços e Sistemas de Saúde pela Escola de Administração da Ufba. Especialista em Terapia Intensiva na modalidade de residência pela Ufba. Docente Adjunta da Universidade do Estado da Bahia (UNEB). Salvador, Bahia, Brasil.

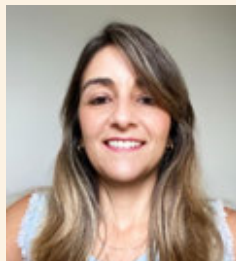
E-mail: silvana.limavieira@gmail.com



SILVIA CONCEICAO BOMFIM BITTENCOURT LEÃO

Assistente Social. Especialista em projetos sociais. Mestra em desenvolvimento e Gestão Social pela Escola de Administração da Universidade Federal da Bahia (Ufba). Doutoranda em Saúde Pública pelo Instituto de Saúde Coletiva (Iscc/Ufba). Atua no Sistema de Justiça do Estado da Bahia. Salvador, Bahia, Brasil.

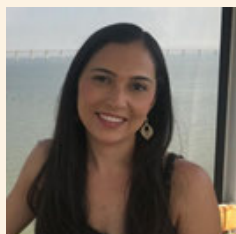
E-mail: silviacbb@gmail.com



SUZANA COSTA CARVALHO NERI

Fonoaudióloga. Mestra e Doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (Isc/Ufba). Especialista em Saúde Coletiva na modalidade Residência Multiprofissional pela Universidade de Pernambuco (UPE). Assessora técnica da Coordenação de Políticas Transversais da Diretoria de Gestão do Cuidado da Saúde da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (DGC/Sesab). Salvador, Bahia, Brasil.

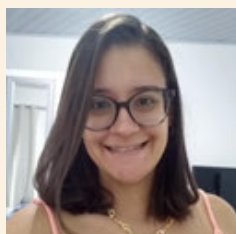
E-mail: suzana.carvalho@saude.ba.gov.br



TALITA CASTRO GARCIA MATTEONI

Enfermeira. Mestra em Saúde Coletiva. Técnica da Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Dgtes/Sesab). Salvador, Bahia, Brasil.

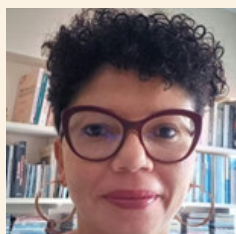
E-mail: talygarcia@yahoo.com.br



TAMIRES MARIA AMARAL ANDRADE

Fisioterapeuta. Residente em Saúde da Família pela Fundação Estatal de Saúde da Família e Fundação Oswaldo Cruz – Bahia (FESF-SUS/Fiocruz). Salvador, Bahia, Brasil.

E-mail: tamires.andrade@saude.ba.gov.br



TATIANE ARAÚJO DOS SANTOS

Enfermeira Sanitarista. Mestre e Doutora em Enfermagem. Docente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (Ufba). Salvador, Bahia, Brasil.

E-mail: tatianearaujosantos@yahoo.com.br



TELMA DANTAS TEIXEIRA DE OLIVEIRA

Enfermeira. Especialista em Enfermagem Obstétrica; em Saúde Pública e em Gestão Pública no Programa de Desenvolvimento Gerencial Integrado (PDGI). Mestra em Saúde Comunitária pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (Isc/Ufba). Atuou como Docente da Escola de Enfermagem da Ufba e da Universidade Católica do Salvador (UCSAL). Coordenou a unidade de Formação Técnica da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (UFORTEC/ Sesab). Ex-Superintendente de Recursos Humanos da Sesab. Também atuou como coordenadora do Programa Universidade Aberta do SUS (UNASUS) e na Fundação Estatal de Saúde da Família (FESF-SUS). Salvador, Bahia, Brasil.

E-mail: oliveiras21@uol.com.br



TEREZA CRISTINA BOMFIM DE JESUS DEIRÓ

Nutricionista pela Universidade Federal da Bahia (Ufba). Especialista em Gestão Regionalizada do SUS pela Escola Estadual de Saúde Pública Prof. Jorge Novis (Espba). Mestra e Doutora em Nutrição Experimental pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Nutricionista aposentada pela Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Sesab). Atua como docente associada pela Escola de Nutrição da Ufba. Salvador, Bahia, Brasil.

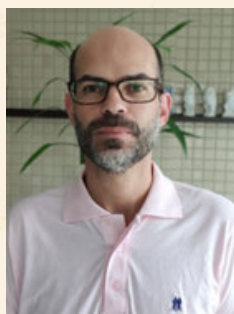
E-mail: terezadeiro@yahoo.com.br



TIAGO PARADA COSTA SILVA

Enfermeiro. Mestre em Saúde Coletiva e Doutorando em Saúde Pública pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (Isc/Ufba). Docente da Escola de Enfermagem da Ufba e Membro do Grupo de Pesquisa GERIR/ Núcleo de pesquisa em políticas, gestão, trabalho e recursos humanos em enfermagem e saúde coletiva da Ufba. Salvador, Bahia, Brasil.

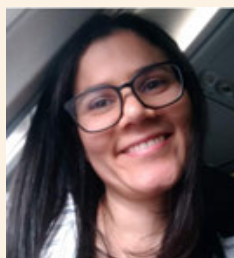
E-mail: tgparada@yahoo.com.br



THADEU BORGES SOUZA SANTOS

Enfermeiro. Doutor em Saúde Pública pelo Instituto de Saúde Coletiva e Mestre em Enfermagem pela Ufba (Isc/Ufba). Pesquisador do Diretório de Pesquisa Trabalho, Educação e Gestão na Saúde do Isc/Ufba e do Grupo de Pesquisa em Políticas, Determinantes e Práticas em Saúde do DCV/UNEB. Membro do Eixo de Modelos de Gestão Hospitalar no SUS do Observatório de Análise Política em Saúde (OAPS). Membro da Comissão de Política, Planejamento e Gestão em Saúde da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco). Atua como Professor Adjunto do Departamento de Ciências da Vida da Universidade do Estado da Bahia (DCV/UNEB) e Docente Permanente do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva (MEPISCO) do DCV/UNEB Salvador, Bahia, Brasil.

E-mail: thadeu100@gmail.com



VÂNIA REBOUÇAS BARBOSA VANDEN BROUCKE

Enfermeira pela Universidade do Estado da Bahia (UNEB). Especialista em MBA Sistemas de Gestão da Qualidade em Saúde e Meio Ambiente pela Universidade Salvador (UNIFACS). Atua como Coordenadora Estadual de Imunizações e Vigilância e Controle de Doenças Imunopreveníveis da Diretoria de Vigilância Epidemiológica da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Salvador, Bahia, Brasil.

E-mail: vania.broucke@saude.ba.gov.br

APÊNDICE 1

DIRETORIA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE – DGETS				
ESTRATÉGIAS	ATIVIDADES	ANO	RESULTADOS	OBSERVAÇÕES
NEGOCIAÇÃO COLETIVA	IMPLANTAÇÃO	2007	Formulação do novo modelo de Negociação no Estado - Implantação do Sistema Estadual de Negociação Permanente - Senp	Composta por representantes da esfera governamental (Sesab e Saeb), esfera sindical (Sindsaude e Sindimed) e Federação dos Trabalhadores do Estado da Bahia (Fetrab), incluindo ainda, como convidado, a representação do Departamento Intersindical de Estatísticas e Estudos Socioeconômicos (Dieese).
			Realizada capacitação com representações da bancada do governo de diversas secretarias e órgãos da administração direta que compuseram a Mesa Central e as Mesas Setoriais de Negociação	
			1º reunião da Mesp, com 10 representações sindicais, onde foram estabelecidas premissas para a negociação	
			1º acordo da Mesa Central - Momento Histórico no processo de democratização das relações de trabalho na Bahia	
			Instalação da Mesa Setorial de Negociação Permanente - Saúde – 1ª Reunião ordinária.	
	INSTITUIÇÃO DE 02 MESAS DE NEGOCIAÇÃO - GOSPSE MÉDICOS E REGULADORES DA ASSISTÊNCIA A SAÚDE	2011	Portaria nº 3.150 de 31 de outubro de 2007, instituindo a Comissão Para Revisão do PCCV da Sesab.	Composta por representantes governamentais - Sesab e Saeb e sindicais - Sindsaude com apoio do Dieese
			Implantação da Mesa Estadual de Negociação Permanente do SUS - Bahia - Portaria nº 1.519 de 29 de outubro de 2014	
			Mesa Setorial de Negociação Permanente do Gospse, excetuando-se médicos e reguladores da assistência a saúde	
			Mesa Setorial de Negociação Permanente do Gospse, exclusiva para médicos e reguladores da assistência à saúde	
	FUNCIONAMENTO	2007	04 reuniões	Composta por representantes da Gestão (Sesab/Saeb) e representantes das entidades Médicas: Conselho Federal de Medicina (CFM), Conselho Regional de Medicina do Estado da Bahia (Cremeb) e a Associação Baiana de Medicina (ABM) junto ao Sindimed com apoio do Dieese
		2008	11 reuniões	
		2009	18 reuniões	
		2010	09 reuniões	
		2011	12 reuniões	
		2012	12 reuniões	
		2013	14 reuniões	
		2014	9 reuniões	150 reuniões

NEGOCIAÇÃO COLETIVA		ATOS NORMATIVOS		
2015	12 reuniões	2008	Termo de Acordo Sesab/Saeb/Sindsaúde/ Sindimed/ Fetrab - 18/03/2008	Deliberou pontos que subsidiaram o aperfeiçoamento e reestruturação do Grupo Ocupacional Serviços Públicos de Saúde
2016	10 reuniões		Termo de Acordo Sesab/Saeb/Sindimed/Cremeb/Abmi/Dieese - 12/12/2008	
2017	13 reuniões		Termo de Acordo Sesab/Saeb/Sindimed/Sindsaúde/Fetrab - 16/12/2008	
2018	9 reuniões		Projeto de Lei - PCCV do Grupo Ocupacional dos trabalhadores da SESAB (PL nº 17.711)	
2019	17 reuniões		Projeto de Lei - PCCV do Grupo Ocupacional dos trabalhadores da SESAB (PL nº 17.726)	
2009	Lei nº 11.373 de 05 de fevereiro de 2009 - PCCV Gosps	2009	Projeto de Lei - PCCV do Grupo Ocupacional dos trabalhadores da SESAB (PL nº 17.775)	Reestruturou o Grupo Ocupacional Serviços Públicos de Saúde, criado pela Lei nº 5.828, de 13 de junho de 1990, e reestruturado pela Lei nº 8.361, de 23 de setembro de 2002, bem como o seu Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos - PCCV, e dá outras providências. Aprovou a revisão do Plano de Cargos Carreiras e Vencimentos (PCCV)
	Termo de Acordo Sesab/Saeb/Sindsaúde			
2012	Lei nº 12.598 de 28 de novembro de 2012			
2013	Lei nº 12.822 de julho de 2013			Reestruturou as carreiras de Médico e Regulador da Assistência em Saúde, pertencentes ao Grupo Ocupacional Serviços Públicos de Saúde, e institui o seu Plano de Cargo, Carreira e Vencimentos - PCCV, na forma que indica

DIRETORIA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE – DGETS

ESTRATÉGIAS	ATIVIDADES	ANO	RESULTADOS	OBSERVAÇÕES
PROGRAMA AVALIAÇÃO DESEMPENHO	IMPLANTAÇÃO/ ATOS NORMATIVOS	2011	Portaria Conjunta Saeb/Sesab nº. 010 de 03 de junho de 2011	Determina o processo de acompanhamento das jornadas de trabalho e escalas dos trabalhadores da Sesab
			Decreto 13.191 de 16 de agosto de 2011	Implanta o Programa de Avaliação de Desempenho na Sesab
			Portaria Conjunta Saeb/Saeb nº 16, de 29 de agosto de 2011;	Define os indicadores e metas a serem mensurados pelo Pad
			Instrução Normativa Conjunta Saeb/Saeb nº 001, de 29 de agosto de 2011	Orienta as Unidades da Administração Central da Sesab, as Diretorias Regionais de Saúde - Dires, as Unidades da Rede Própria sob gestão direta e a Fundação de Hematologia e Hemoterapia da Bahia – Hemoba sobre jornada e escalas de trabalho, o registro e o controle da frequência dos servidores da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia – Sesab
	FUNÇÃOAMENTO	2011	2 ciclos	
		2012	4 ciclos	
		2013	4 ciclos	
		2014	2 ciclos	
	REVISÃO METODOLÓGICA	2015	1ª Revisão da Proposta metodológica Pad – institucional – individual	Consultoria da Publix, por meio de recursos do Prosus
		2020	2ª Revisão da Proposta metodológica Pad – institucional – individual	
		2021	3ª Revisão da Proposta metodológica Pad – institucional – individual	
DIMENSIONAMENTO DA FORÇA DE TRABALHO	IMPLANTAÇÃO	2010	6 unidades – Piloto, a partir da consultoria individual com especialista de São Paulo/SP	Hospital Geral do Estado – HGE, Hospital Geral Roberto Santos – HGRS, Hospital Manoel Vitorino – HMV, Hospital Geral Menandro de Faria – HGMF, Cepred e Iperba
		2011	9 unidades – Replicação da metodologia consultoria	06 hospitais Gerais, 03 especializados: HESF, HEML, HCA, HJBC, HGC, HEOM, HCM, HEJM e TSYLLA,
	FUNCIONAMENTO	2013	02 unidades/setores dimensionadas	HGRS
		2015	04 unidades/setores dimensionadas	Hospital Geral Vitória da Conquista – HGVC, Hospital Especializado Mario Leal – HEML, Hospital Especializado Juliano Moreira – HEJM, Divisa
		2016	07 unidades/setores dimensionadas	Unidade de Emergência de Pirajá – Uep, Hospital Ernesto Simões Filho – HESF, Centro Estadual Especializado em diagnóstico, Assistência e Pesquisa – Cedap, Hospital Especializado Mário Leal – HEML, Divisa, Sede Sesab (apoio a consultoria)
		2017	15 unidades/setores dimensionadas	Hospital Geral Luiz Viana Filho – HGLVF, Hospital Geral do Estado – HGE, Hospital Geral Ernesto Simões Filho – HGSEF, Hospital Geral Menandro de Faria – HGMF, Hospital Geral Clériston Andrade – HGCA, Hospital Geral de Vitória da Conquista – HGVC, Hospital Geral Prado Valadares – HGPV, Hospital Geral de Hematologia e Hemoterapia Regional de Guanambi – HRG, Hospital Geral de Ijauá – HGI, Hospital Geral de Camacari – HGC, Maternidade Tsylla Balbino – MTB, Hospital Costa do Cacaú, Hospital da Chapada, Hospital de Brumado, Hospital Santa Teresa

DIMENSIONAMENTO DA FORÇA DE TRABALH	2018	13 unidades/setores dimensionadas	Hospital Geral Prado Valadares – HGPV, Hospital Geral de Camaçari – HGC, Maternidades João Batista Caribé – MJBC, Iperba, Maternidade Tysilla Balbino – MTB, Maternidade Albert Sabin – Mas, Maternidade do Hospital Menandro de Faria, Instituto Couto Maia – Icom, Hospital Especializado Olávio Mangabeira – Heom, Hospital Ana Nery, Hospital da Criança, Hospital de Juazeiro Prado Valadares e Camaçari, Hospital Geral do Estado, Tysilla Balbino, Albert Sabin, Olávio Mangabeira, Mario Leal, Cican, Cepred, Cedeoba, Cedap João Batista Caribé, Pirajá, Caj. VIII, Hospital de Juazeiro	
		19 unidades/setores dimensionadas		
		12 unidades/setores dimensionadas		
		13 unidades/setores dimensionadas		
		18 reuniões com representação dos Trabalhadores, Conselhos de classe e Sindicatos		
	OFICINAS PAR ELABORAÇÃO DE INDICADORES E PARÂMETROS DE DIMENSIONAMENTO	2012		7 reuniões com representação dos Trabalhadores, Conselhos de classe e Sindicatos
		2013		26 reuniões com representação dos Trabalhadores, Conselhos de classe e Sindicatos
		2014		21 reuniões com representação dos Trabalhadores, Conselhos de classe e Sindicatos
		2018		06 reuniões com representação dos Trabalhadores, Conselhos de classe e Sindicatos
		DESENVOLVIMENTO FUNCIONAL		PROMOÇÃO GOSPS - INCLUINDO TODOS OS SERVIDORES (LEI 11.373/09)
2011	918 deferimentos			
2012	1330 deferimentos			
2013	1641 deferimentos			
2014	457 deferimentos			
PROMOÇÃO GOSPS - EXCETO MÉDICOS E REGULADORES DA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE	2015		1519 deferimentos	
	2016		1919 deferimentos	
	2017		1295 deferimentos	
	2014		7112 deferimentos	
	2016		7.620 deferimentos	
PROGRESSÃO GOSPS - MÉDICO	2015	1246 deferimentos		
	2016	136 deferimentos		

DIRETORIA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE – DGETS					
ESTRATÉGIAS	ATIVIDADES	ANO	RESULTADOS	OBSERVAÇÕES	
	E REGULADORES DA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE	2021	2017 deferimentos		
SEGURANÇA E SAÚDE DO TRABALHADOR	IMPLANTAÇÃO/ ATOS NORMATIVOS	2010	Proposta de elaboração do Programa de Atenção Integral a Saúde do Trabalhador da Sesab		
		2011	Piloto de implantação do Programa em 06 unidades		
		2012	Portaria nº 1.761 de 20 de dezembro de 2012	Hospital Geral Ernesto Simões Filho, Instituto de Perinatologia da Bahia, Hospital Geral Roberto Santos e Hospital Prado Valadares Institui o Programa de Atenção Integral à Saúde da Trabalhadora e do Trabalhador da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia - Paist	
	2012		09 SIAST		Hospital Geral Menandro de Farias, Hospital Geral de Vitória da Conquista, Centro Especializado em Diagnóstico, Assistência e Pesquisa, Diretoria de Vigilância Sanitária e Ambiental, Laboratório Central de Saúde Pública, Hospital Couto Maia, Hospital Geral de Camaçari e Escola Estadual de Saúde Pública Prof. Francisco Peixoto de Magalhães Neto
	2013		13SIAST 1 CLST		Hospital Regional de Guanambi, Hospital Afrânio Peixoto e prédio Sede Sesab
	2014		16 SIAST 7 CLST		Hospital Geral de Vitória da Conquista Hospital Geral Luiz Viana Filho, Centro de Prevenção e Reabilitação da Pessoa com Deficiência e Hospital Especializado Otávio Mangabeira; Divisa, Cepred, Hospital Couto Maia, Cedap, Hospital Regional de Guanambi e Hospital Geral Ernesto Simões Filho e Hospital Geral Clériston Andrade
	2015		20 SIAST 11 CLST		
	2016		23 SIAST 11 CLST		
	2017		14 CLST		Hospitais Couto Maia (HCM), Ernesto Simões Filho (Hgesf), Roberto Santos (HGRS), Clériston Andrade (HGCA - Feira de Santana), Luis Viana Filho (HGLVF - Ilhéus), Regional de Guanambi (HRG); Centros de Referência: Cepred, Cedap, Creasi, Cedeaba; diretorias: Divisa e Divast, além da Central Estadual de Regulação e do prédio da Sesab.



<p>Hospital Roberto Santos (HGRS), Menandro de Farias (HGMF), Couto Maia (HCM), Hospital Especializado Otávio Mangabeira (Heom), Juliano Moreira (HJM), Ernesto Simões Filho (Hgesf), Geral de Camaçari (HGC), Clériston Andrade (HGCA), Geral de Vitória da Conquista (HBVC), Hospital Geral Luiz Viana Filho (HGLVF), Hospital Geral Prado Valadares (HGPV), Hospital Regional de Guanambi (HRG) e Geral de Ipiáú (HGI); Instituto de Perinatologia da Bahia (Iperba); Unidade de Emergência de Curuzu; Centros de Referência Especializado em Diagnóstico, Assistência e Pesquisa (Cedap), Prevenção e Reabilitação da Pessoa com Deficiência (Cepred), Especializado em atenção à saúde da pessoa idosa (Creas), Centro de Diabetes e Endocrinologia da Bahia (Cedeaba), Estadual de Oncologia (Cican); Diretorias de Vigilância Sanitária e Ambiental (Divisa) e de Vigilância e Atenção à Saúde do Trabalhador (Divast); Laboratório Central de Saúde Pública (Lacen), Central Estadual de Regulação (Cer), Hospital geral do Estado (HGE), prédio Sede Sesab, Maternidade Tsylla Balbino (MTB), Maternidade Albert Sabin (Mas) e Unidade de Emergência de Cajazeiras (Uec)</p>	<p>27 SIAST</p>
<p>Hospitais Couto Maia (HCM), Ernesto Simões Filho (Hgesf), Roberto Santos (HGRS), Clériston Andrade (HGCA - Feira de Santana), Luis Viana Filho (HGLVF - Ilheus), Regional de Guanambi (HRG); Centros de Referência: Cepred, Cedap, Creasi, Cedeaba; diretorias: Divisa e Divast, além da Central Estadual de Regulação e do prédio da Sesab.</p>	<p>14 CLST</p>

2018

DIRETORIA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE – DGETS				
ESTRATÉGIAS	ATIVIDADES	ANO	RESULTADOS	OBSERVAÇÕES
SEGURANÇA E SAÚDE DO TRABALHADOR	INSPEÇÕES/PROJETOS/FLUXOS	2019	30 SIAST	Hospitais: Roberto Santos (HGRS), Menandro de Faria (HGMF), Couto Maia (HCM), Hospital Especializado Otávio Mangabeira (Heom), Juliano Moreira (HJM), Ernesto Simões Filho (Hgesf), Geral de Camaçari (HGC), Clériston Andrade (HGCA) Geral de Vitória da Conquista (HBVC), Hospital Geral Luiz Viana Filho (HGLVF), Hospital Geral Prado Valadares (HGPV), Hospital Regional de Guanambi (HRG) e Geral de Ipiatú (HGI); Instituto de Perinatologia da Bahia (Iperba); Unidade de Emergência de Cruzuz; Centros de Referência: Especializado em Diagnóstico, Assistência e Pesquisa (Cedap), Prevenção e Reabilitação da Pessoa com Deficiência (Cepred), Especializado em atenção à saúde da pessoa idosa (Creasi), Centro de Diabetes e Endocrinologia da Bahia (Cedeaba), Estadual de Oncologia (Cican); Diretorias de Vigilância Sanitária e Ambiental (Divisa) e de Vigilância e Atenção à Saúde do Trabalhador (Divast); Laboratório Central de Saúde Pública (Lacen), Central Estadual de Regulação (Cep), Hospital geral do Estado (HGE), prédio Sede Sesab, Maternidade Tsylla Babino (MTB), Maternidade Albert Sabin (Mas) e Unidade de Emergência de Cajazeiras (Uec).
			16 CLST	Instituto Couto Maia (HCM), Ernesto Simões Filho (Hgesf), Roberto Santos (HGRS), Hospital geral do Estado (HGE), Clériston Andrade (HGCA) - Feira de Santana, Luis Viana Filho (HGLVF - Ilhéus), Regional de Guanambi (HRG); Centros de Referência: Cepred, Cedap, Creasi, Cedeaba; Diretorias: Divisa e Divast, além da Central Estadual de Regulação e do prédio da Sesab.
		2020	30 SIAst 18 CLST	
		2017	Relatório de inspeção dos extintores de incêndio do prédio sede Projeto de ergonomia de concepção para Central de Regulação do Estado Padronização de fluxo e ampliação da rede de atenção ao acidente com material biológico entre trabalhadores da Sesab	
		2018		
		2019	08 Planos de Prevenção de Risco com Material Cortante – PPRMC	05 Hospitais Gerais – HGCA, Hgesf, HGRS, HGE e HGJB; 02 especializados – HEML, ICOM; 01 Maternidade – Mas.
		2020	54 Programa de Prevenção de Risco Ambientais – PPRA concluídos 118 trabalhadores acolhidos	
	SIAST ASSISTENCIAL	2013	44 sessões de grupos terapêuticos 23 levantamentos de risco a setores da Sesab	
		2014	68 trabalhadores acolhidos	
			25 sessões de grupo terapêuticos	

SIAST SEDE	2015	1106 trabalhadores acolhidos
	2016	1529 trabalhadores acolhidos
	2017	1582 trabalhadores acolhidos
	2018	1262 trabalhadores acolhidos
	2019	1049 trabalhadores acolhidos
	2021	787 atendimentos realizados
		264 recebimentos e homologação de atestados
	2015	06 declarações de acidentes de trabalho
		02 acompanhamentos readaptação
		295 procedimentos PA/Curativo
		23 atendimentos Urgência/ Emergência
		440 recebimentos e homologação de atestados
	2016	9 declarações de acidentes de trabalho
		5 acompanhamentos readaptação
		223 procedimentos PA/Curativo
		59 consultas nutrição
		14atendimentos Urgência/ Emergência
		513 recebimentos e homologação de atestados
	2017	5 declarações de acidentes de trabalho
		5 acompanhamentos readaptação
		229 procedimentos PA/Curativo
		110 consultas nutrição
		89 atendimentos Urgência/ Emergência
		302 sessões Reiki
		55 recebimentos e homologação de atestados
	2018	8 declarações de acidentes de trabalho
		2 acompanhamentos readaptação
		610 procedimentos PA/Curativo
		72 consultas nutrição
		53 atendimentos Urgência/ Emergência
		89 sessões Reiki

DIRETORIA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE – DGETS					
ESTRATÉGIAS	ATIVIDADES	ANO	RESULTADOS	OBSERVAÇÕES	
HUMANIZAÇÃO	CORAL DE VOZES	2019	109 atendimentos a trabalhadores	Institui o Comitê Estadual de Humanização Institui o Comitê Estadual de Humanização	
			1388 trabalhadores contemplados com a ginástica laboral		
		2021	1.356 atendimentos a trabalhadores		
			461 trabalhadores contemplados com a ginástica laboral		
		2007	20 trabalhadores participantes		
		2008	40 trabalhadores participantes		
		2009	45 trabalhadores participantes		
	2010 a 2020	40 trabalhadores participantes			
	IMPLANTAÇÃO/ ATOS NORMATIVOS	2007	Portaria nº 2.489/2007		
		2013	Portaria nº 1.440/2013	Institui a <i>Política Estadual de Humanização da Atenção e da Gestão</i> do SUS e o 1º Plano Estadual de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS-BA	
			instituição do Fórum de Apoiadores da Política Nacional de Humanização		
		Instituição do Núcleo Técnico de Humanização			
	SELO DE HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE	2019	Portaria nº 1.440/2013		
			18 unidades com Plano Estadual de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS-BA		
		2021	Proposta elaborada	Piloto: Iperba, HGE, Cedap e Unidade de Emergência Pirajá	
	FUNCIONAMENTO		2008	Videoconferência com sede das 09 macrorregionais	Os espaços de co-gestão nas unidades entrevistadas 58,82% possuem comissão de humanização e/ou grupo de trabalho de humanização; 52,94% gerência de porta aberta; 47,06% ouvidoria; 41,18% colegiado gestor; 17,65% conselho local de saúde; 11,76% conselho gestor da unidade e 11,76% outros espaços de co-gestão. O acolhimento das unidades visitadas que consideraram o ACCR implantado, 41,18% estão contemplados com o Programa PermanecerSUS. Reforçando a importância do programa para a qualificação dos processos de trabalho e como uma estratégia de integração ensino-serviço. A valorização do trabalho e atenção integral à saúde do trabalhador – nas unidades visitadas foi identificado que 58,82% das unidades entrevistadas possuem plano de educação permanente; as ações de humanização voltadas para trabalhadores e gestores, 23,52% referem possuir, contudo foram consideradas pontuais; 52,94% possuem equipe/serviço de atenção integral à saúde do trabalhador;
			2012	19 unidades/setores com dispositivo de humanização implantados	
			2013	24 unidades/setores com dispositivo de humanização implantados	
			2014	25 unidades/setores com dispositivo de humanização implantados	
			2015	24 unidades/setores com dispositivo de humanização implantados	
			2016	25 unidades/setores com dispositivo de humanização implantados	
2017			24 unidades/setores com dispositivo de humanização implantados		
2018		26 unidades/setores com dispositivo de humanização implantados			

HUMANIZAÇÃO	PERMANECERSUS	2019	Cartografia da humanização no Estado da Bahia – 169 iniciativas (125 município e 44 unidades da rede)	
		2007	Elaboração da Proposta do Programa PermanecerSUS – 15 campos de estágio	
		2008	52 alunos contemplados	
		2009	94 alunos contemplados	
		2010	129 alunos contemplados	
		2011	73 alunos contemplados	
		2012	8 alunos contemplados	
		2013	139 alunos contemplados	
		2014	145 alunos contemplados	
		2015	100 alunos contemplados	
		2016	106 alunos contemplados	
		2017	86 alunos contemplados	
		2018	45 alunos contemplados	
		2019	55 alunos contemplados	
				<p>01 Centro de Referência (Centro Estadual Especializado em Diagnóstico, Assistência e Pesquisa – Cedap), 01 Hospital Especializado (Instituto Couto Maia – Icom), 04 Hospitais Geral (Hospital Geral do Estado - HGE, Hospital Geral Menandro da Faria - HGMF, Hospital Geral Roberto Santos – HGRS (Maternidade, Emergência, Hospital João Batista Caribé), 03 Maternidades (Maternidade Albert Sabin - Mas, Maternidade Tsylla Balbino - MTB, Instituto de Perinatologia da Bahia – Iperba), 04 Hospitais localizados fora de Salvador, processo de regionalização do programa, (Hospital Geral Clériston Andrade – HGCA, Hospital Geral Prado Valadares – HGPV, Hospital Regional de Guanambi – HRG e Hospital Geral de Vitória da Conquista - HGVC)</p>
CONGRESSOS/SEMINÁRIOS/MOSTRAS			I Seminário Estadual de Humanização 2007 - 180 participantes	
		2007	I Seminário Regional Movimentos Sociais e Saúde – 291 participantes (195 movimentos sociais e 85 municípios representados)	
			I Seminário de Gestão do trabalho e Educação na Saúde da secretaria de Saúde do Estado da Bahia – 230 participantes	
			Seminários Macrorregionais de Humanização - 09 macrorregiões de saúde – 1242 participantes	
		2008	Encontros Macrorregionais de Humanização – 1044 participantes	
			Encontro de Formação de Articuladores Regionais em Salvador – 120 participantes	
			Encontros Macrorregionais com Articuladores – 142 participantes	
			Encontros Macrorregionais de Formação de Articuladores enfocando a Educação Permanente e Educação Popular – 64 participantes	
			Oficinas Macrorregionais com Apoiadores do MobilizaSUS – 864 participantes	
		2009	Mostra Interativa do HumanizaSUS – O SUS que dar certo – 86 participantes	
			Encontro Estadual de gestão do Trabalho e da educação na Saúde: Transversalizando saberes e práticas – 568 participantes	

DIRETORIA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE – DGETS

ESTRATÉGIAS	ATIVIDADES	ANO	RESULTADOS	OBSERVAÇÕES
CONGRESSOS/SEMINÁRIOS/ MOSTRAS		2012	Encontro com articuladoras e articuladoras Estaduais – Fortalecendo o controle social, a humanização e o trabalho no SUS-Ba – 645 participantes	
			Seminário Estadual sobre Democratização das Relações de Trabalho no SUS/BA – 120 participantes	
			Encontros de socialização e debates gestão democrática e participativa do SUS – 120 participantes	
		2013	I Seminário da Comissão de Integração Ensino e Serviço (Cies) BA: articulando parcerias para a conformação da rede – 180 participantes	
			Encontro com Articuladores do MobilizaSUS – 110 participantes	
			Encontro com articuladoras e articuladoras Estaduais – Fortalecendo o controle social, a humanização e o trabalho no SUS-Ba – 545 participantes	
		2014	Espaços de socialização e debate para gestão democrática e controle social no SUS – 590 participantes	
		2016	Encontro Estadual de Gestão e Humanização do Trabalho na Saúde no SUS Bahia – 540 participantes	
		2017	Mostra Integrada de Humanização e Saúde do Trabalhador do SUS Bahia – 230 Participantes	
		2018	Mostra Integrada de Humanização e Saúde do Trabalhador do SUS Bahia – 230 Participantes – 200 participantes	
PROCESSOS EDUCATIVOS	CURSOS/ OFICINAS	2019	Oficinas Nacionais de Educação Permanente em Saúde do SUS – ISC-UFBA/ MS – 450 participantes	
		2019	VI Encontro de Humanização: 10 anos de comemoração do Fórum de Apoiadores da Gestão e Humanização do Trabalho na Saúde e do Programa PermanecerSUS – 180 participantes	
			Mostra Interativa do HumanizaSUS – O SUS que dar certo – 150 participantes	
		2020	I Fórum Estadual de gestão do Trabalho e Educação na Saúde: Fortalecendo a rede de integração da educação e trabalho na saúde – 100 participantes	
		2008	Oficinas Microrregionais de Formação de Facilitadores – 140 participantes	
		2009	Processos de Educação Permanente para a gestão democrática e participativa do SUS – 864 participantes	
		2010	Processos de Educação Permanente para a gestão democrática e participativa do SUS – 1344 participantes Curso de Educação Permanente para Conselheiros Municipais de Saúde - Projeto MobilizaSUS implementado – espaços de socialização e debate para gestão democrática e controle social – 12 microrregionais – 250 participantes	

2011	Curso "SUS de Todos Nós: Conhecer para Fortalecer" - Educação Permanente com Conselheiros Municipais de Saúde - 04 microrregiões	
	Espaços de socialização e debate para gestão democrática e controle social no SUS - 1160 participantes	
	Curso de Educação Permanente com Conselheiros Municipais de Saúde - 04 Microrregiões - 130 participantes	
2012	Processos de Educação Permanente para a gestão democrática e participativa do SUS - 290 participantes	
	Qualificação de conselheiros Municipais de Saúde - 341 conselheiros	
	Curso "SUS de Todos Nós: Conhecer para Fortalecer" - Educação Permanente com Conselheiros Municipais de Saúde - 01 microrregião	
2013	Qualificação das ações de humanização nas unidades da rede própria -1300 trabalhadores	
	Oficina sobre Racismo e Saúde - 70 participantes	
	Sessão Temática Humanização - 100 participantes	
2018	Curso de Educação Permanente para Conselheiros Municipais de Saúde - Projeto MobilizaSUS implementado - espaços de socialização e debate para gestão democrática e controle social - 270 participantes	
	Qualificação de conselheiros Municipais de Saúde - 70 conselheiros	
	Articulação e apoio à Rede MobilizaSUS - Articuladores, Facilitadores e Conselheiros Municipais de Saúde - 1000 articuladores	
2019	Curso Livre de Educação Popular em Saúde para Agentes Comunitários e de Endemias - 1550 educandos	
	540 participantes (Sedes: Teixeira de Freitas, Guanambi, Irecê, Jequiê, Alagoinhas, Feira de Santana, Santo Antônio de Jesus, Valença)	
	1099 participantes: 509 gestores e 590 trabalhadores participantes (Sedes: Paulo Afonso, Juazeiro, Vitória da Conquista, Itabuna, Senhor do Bonfim, Simões Filho, Alagoinhas, Feira de Santana, Santo Antônio)	
2020	410 participantes, sendo 198 trabalhadores e 212 gestores (Sedes: Barreiras, Santo Antônio de Jesus e Valença)	
2021	172 participantes (Sede: Brumado, Eunápolis, Itaberaba, Ribeira do Pombal)	
2007	96 trabalhadores qualificados	INCLUSÃO DIGITAL
	136 trabalhadores qualificados	
	108 trabalhadores qualificados	

ESTRATÉGIAS	ATIVIDADES	ANO	RESULTADOS	OBSERVAÇÕES
PROCESSOS EDUCATIVOS		2010	67 trabalhadores qualificados	
		2011	138 trabalhadores qualificados	
		2012	105 trabalhadores qualificados	
		2013	130 trabalhadores qualificados	
		2014	45 trabalhadores qualificados	
		2018	1790 trabalhadores qualificados	
		2019	2565 trabalhadores qualificados	
		2009	100 jovens inseridos no programa	
		2010	200 jovens inseridos no programa	
		2011	100 jovens inseridos no programa	
		2014	100 jovens inseridos no programa	
		2007	18 unidades/municípios	
		2008	16 unidades/municípios	
		2009	30 unidades/municípios	
		2010	45 unidades/municípios	
	APOIO INSTITUCIONAL	2011	87 unidades/municípios	
		2012	100 unidades/municípios	
		2013	61 unidades/municípios	
		2014	26 unidades/municípios	
		2015	72 unidades/municípios	
		2016	65 unidades/municípios	
		2017	89 unidades/municípios	
	PLANO ANUAL DE CAPACITAÇÃO	2018	120 unidades/municípios	
		2019	90 unidades/municípios	
		2020	175 unidades/municípios	
		2015	93 trabalhadores qualificados	
		2017	125 trabalhadores qualificados	
		2018	416 trabalhadores qualificados	
		2019	325 trabalhadores qualificados	
		2021	135 trabalhadores qualificados	



	PRÁTICAS INTEGRATIVAS COMPLEMENTARES	2021	120 trabalhadores formados em Pícs	
VALORIZAÇÃO/RECONHECIMENTO/PREMIAÇÕES	INOVASUS	2011	Núcleos de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde	
		2011	Dimensionamento da Força de trabalho nas Unidades Assistenciais da Rede própria	
		2012	Da negociação à homologação: o processo de construção do Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos da Sesab	
		2013	Discutindo processos, definindo parâmetros: Dimensionamento da força de trabalho no estado da Bahia	
		2014	"Articulação da Gestão e Humanização do Trabalho: Estratégia para reafirmar os princípios do SUS"	
		2015	Promovendo a saúde do trabalhador do SUS: uma experiência de implantação do Protocolo nº 008 da MNP/SUS	
	HUMANIZASUS	2013	Permanecer SUS/Bahia: Acolhendo sujeitos e histórias no caminho da humanização	
COMISSÃO INTEGRAÇÃO ENSINO SERVIÇO- CIES	PREMIO VICTOR VALLA EM EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE	2017	Permaneco eu, permaneço tu, Permanecer SUS	
		2010	Mobiliza SUS: ação educativa com movimentos sociais na luta pelo direito a saúde	
	ARTICULAÇÃO	2010	Implantação Cies estadual	Resolução Cib nº 189/2010, de 22 de julho de 2010
		2010	4 reuniões Cies	
		2011	6 reuniões Cies	
NÚCLEOS DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE	ARTICULAÇÃO	2011	Aprovação Regimento Cies	Resolução Cib nº 04/2011, de 19 de janeiro de 2011
		2012	5 reuniões Cies	
			Implantação Cies Microrregionais	Resolução Cib nº 136/2012, de 25 de abril de 2012
	IMPLANTAÇÃO/ ATOS NORMATIVOS	2013	3 reuniões Cies	
		2013	Portaria nº 1.639 de 01 de novembro de 2013 que institui os Nuges	
	ARTICULAÇÃO	2015	02 reuniões – média de 45 participantes	
		2016	07 reuniões – média de 65 participantes	
		2017	08 reuniões – média de 75 participantes	
		2018	05 reuniões – média de 65 participantes	
		2019	06 reuniões – média 85 participantes	
		2021	03 reuniões – média de 100 participantes	

DIRETORIA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE – DGETS				
ESTRATÉGIAS	ATIVIDADES	ANO	RESULTADOS	OBSERVAÇÕES
PLANO DE CONTINGÊNCIA COVID-19 PARA TRABALHADORES DA SESAB	IMPLANTAÇÃO/ ATOS NORMATIVOS	2020	Resolução Ces nº 13/2020 no DOE de 24 de setembro de 2020, aprova o Plano de Contingência	
	REORGANIZAÇÃO O DOS SERVIÇOS NO ATENDIMENTO AS PESSOAS CONSIDERADAS CASOS SUSPEITOS E CONFIRMADOS	2020	Abertura do Hospital Fazendão	
			Movimentação de Trabalhadores para hospitais Covid e retaguarda	
			Banco de currículo de profissionais de saúde	
	ORIENTAÇÕES PARA O ENFRENTAMENT O DA COVID19 – ATENÇÃO A SAÚDE DO TRABALHADOR	2020	Orientações para adoção de medidas individuais de prevenção e proteção dos trabalhadores e ambientes institucionais; Orientações aos Núcleos de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde e os Serviços de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador para acolhimento aos trabalhadores; Elaboração de fluxos e ações de atenção à saúde dos trabalhadores da Sesab no enfrentamento do covid19.	
	ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS TRABALHADORES	2020	Fluxos para atendimento nas Centrais de Testagem.	
			Fluxograma de atendimento e de testagem para detecção da covid-19 para trabalhadores da Sesab	
			Fluxograma de orientação pós-resultado da testagem para covid-19 para os trabalhadores da Sesab.	
			Fluxograma para trabalhadores de saúde assintomáticos considerados contactantes imediatos de casos confirmados para Covid – 19.	
			Nota Técnica com recomendações propostas em relação aos resultados do teste rápido: condutas de afastamentos e medidas para sintomáticos e assintomáticos	
		1240 trabalhadores vacinados por H1N1.		
		Orientações para casos de agravamento.		
		Fluxo de acolhimento psicológico emergencial aos trabalhadores		
	COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO EM SAÚDE		32 boletins informativos Covid-19 Trabalhadores Sesab	
	MONITORAMENT O DOS CASOS SUSPEITOS E CONFIRMADOS -	2020	2730 planilhas sistematizadas – média de 76 planilhas semanais	
		2021	2.270 planilhas sistematizadas – média de 71 planilhas semanais	



	VIGILANCIA DE AMBIENTES, PROCESSOS E ATIVIDADES DE TRABALHO	2020	Nota Técnica Coes nº 17/2020	
	MEDIDAS DE PROTEÇÃO SOCIAL	2020	Nota Técnica nº 65/2020 - propõe ações visando orientar os trabalhadores no âmbito da reorganização dos processos de trabalho e implementação de medidas para diminuição do risco de contágio pela Covid-19 Orientação para Trabalhadores em situação de vulnerabilidade social durante a pandemia	
	VACINAÇÃO DOS TRABALHADORES CONTRA COVID-19	2021	Sistematização das listagens de trabalhadores aptos para vacinação contra Covid-19. Em torno de 40 mil trabalhadores da gestão direta e indireta da Sesab.	

APÊNDICE 2
PRODUÇÃO ACADÊMICA DOS TRABALHADORES E TRABALHADORAS DA DGES QUE
VERSA SOBRE OS CAMPOS DA GESTÃO DO TRABALHO E HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE,
2009 - 2021

ANO DE CONCLUSÃO	TÍTULO	TRABALHADORA/ TRABALHADOR
2009	O processo de trabalho da equipe de apoio institucional com foco na gestão do trabalho e da educação na atenção básica no estado da Bahia	Renata Maria de Oliveira Costa
2010	MobilizaSUS na Bahia: emergência, desenvolvimento e contradições do cotidiano institucional	Tiago Parada Costa Silva
2012	O MobilizaSUS-Bahia: as práticas educativas e a constituição dos sujeitos	Larissa Daiane Vieira Barros
	Satisfação e retenção no trabalho: a percepção dos coordenadores médicos da assistência em cinco hospitais da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia - Sesab	Rosângela Maria Regis Duarte Katayose
2014	PermanecerSUS-BA: acolhendo sujeitos e histórias no caminhar da formação profissional em saúde.	Érica Cristina Silva Bowes
	Caminhos adotados pela Gestão para implantação das diretrizes da Política Nacional de Humanização: o estudo de caso da emergência de uma unidade hospitalar pública baiana	Silvia Conceição Bomfim Bittencourt Leão
2015	O Jogo da negociação no SUS – Bahia: atores, cenários e enredos.	Bruno Guimarães de Almeida
	A implementação da Comissão Estadual de Integração Ensino Serviço - Cies Bahia.	Geyse Cléa Silva de Miranda
	Núcleo de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde – Nugtes: um estudo de avaliabilidade.	Lis Bandarra Monção
	Planejamento da força de trabalho em saúde: uma análise do período entre 1964 a 2013	Luciano de Paula Moura
	Participação e educação popular em saúde: propósitos, métodos e organização.	Patrícia Dantas de Araújo
2018	Curso de Formação de Formações Locais de Saúde do Trabalhador da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia: Caderno de estudos e Manual do mediador	Ana Flávia Barros Cruz
2020	O uso do Workload Indicators of Staffing Need (Wins) no dimensionamento da equipe médica em uma maternidade do estado da Bahia	Angélica Araújo de Menezes
2021	Trabalho em equipe e colaboração em tempos de pandemia: possibilidades e desafios no âmbito da gestão do trabalho	Camila Moitinho de Aragão Bulcão

PROJETOS DE DOUTORADO EM ANDAMENTO

ANO	TEMA/OBJETO	TRABALHADORA/ TRABALHADORA
2020	Carga de Trabalho de equipe Multiprofissional em saúde nas maternidades da rede própria Sesab	Angélica Araújo de Menezes
	Entre a inanição e o afogamento: Desafios contemporâneos dos processos de Trabalho na Saúde	Bruno Guimarães de Almeida
2021	Metodologia para monitoramento da saúde e segurança do trabalhador e da trabalhadora na Secretaria da Saúde do Estado da Bahia	Luciano de Paula Moura
	Por um respiro: estratégia de cuidados e saúde do trabalhador em tempos de pandemia da Covid-19	Érica Cristina da Silva Bowes

APÊNDICE 3

LISTA NOMINAL DOS ATORES QUE CONSTRUÍRAM A DGTES/SUPERH

Muitas foram às pessoas que em um desenho mágico, colocaram tijolo por tijolo na construção desse espaço-utopia, parafraseando o poeta¹. Eis que não poderíamos deixar de nominá-las. Decerto alguns/ algumas, pela memória não tão ávida, possam não figurar nesta singela lista, mas estarão para sempre na história da Gestão do Trabalho e Humanização da Saúde do SUS na Bahia.

Este livro também **é dedicado a vocês!**

ADRIANA D'AVILA DE OLIVEIRA	CRISTIANE VALOIS
ALBA DA CUNHA ALVES	CRISTINA AMÉRICA
ALEXANDRE SANTOS RIBEIRO	CYNTHIA MARIA COELHO AZEVEDO
ALINE MACIEL SAO PAULO PAIXAO	DAMASIA CARVALHO DE O FERNANDES
ALINE MENDONÇA MATOS	DIANA GUADALUPE MACEDO LICONA
ALTAIR DOS SANTOS LIRA	DIÓGENES FARIAS MAGALHÃES
ALVANÍSIO DE SOUZA REIS	ELACI MIRANDA PITANGA BARBOSA
ANA CLAUDIA CALDAS DE MENEZES	ELAINE SILVA SOARES
ANA CRISTINA COELHO RAMOS	ELIETE COSTA FEIJO DE SOUZA
ANA FLAVIA BARROS CRUZ	ELISABETE LIMA DE MORAES
ANA PAULA PITANGA BARBUDA PRATES	ERICA CRISTINA SILVA BOWES
ANDREINE RIBEIRO	ESTER LOPES SANTANA DE SALES
ANDRESSA BARRETO DA SILVA DA CRUZ	EURIDICE DE FREITAS CAMARA
ANGELA VIEIRA	FABIANA BRANDÃO SOUZA
ANGELICA ARAUJO DE MENEZES	FERNANDA SANTOS LIMA GOIABEIRA
ANNE DE MATOS CATUZZO BERBEL	FERNANDO SANTANGELO SANTOS
ANTONIO MAURICIO RODRIGUES BRASIL	FRANKLIN BRENO DE OLIVEIRA CORREIRA ALVES
ARÃO CAPINAN	GERMINIA MATA DE AQUINO
ARLENE QUEIROZ ALVES	GEYSE CLEA SILVA DE MIRANA
BÁRBARA CONCEIÇÃO C. SANTOS	GILDA ASSIS ALVES
BRENO DA CUNHA HOLANDA	GILDA BISPO CONCEICAO UMBELINA MOURA
BRUNO DOREA JAQUES	GIOVANNA LIGUORI
BRUNO GUIMARAES DE ALMEIDA	GUILHERME SALGADO
CAMILA MOITINHO DE ARAGAO BULCAO	HELENA CRISTINA ALVES VIEIRA LIMA
CARLA CINTIA DE OLIVEIRA GONÇALVES	IRAILDES DA CRUZ CONCEICAO
CARLOS SILVA	JACQUELINE ANDRADE TIARA
CARLA OLIVEIRA BUENO MASSA	JAMILLY SOUZA RIBEIRO
CAROLINE BRANDAO DE ALMEIDA FIGUEIREDO	JÉSSICA FERREIRA
CATIANE LOPES DA SILVA SANTANA	JOILDES ZACARIAS SANTOS
CINARA SANTANA DOS SANTOS	JOILDES ZACARIAS SANTOS
CINTIA SANTOS CONCEIÇÃO	JORGE TADEU PINHEIRO COELHO
CLAUDENICE FERREIRA DOS SANTOS	JOSÉ CARLOS DA SILVA
CLICIA MARIA PEREIRA ALVES	JOSEANE KLEIN
CRISTIANE GOMES DA SILVA	JOSENILDES GOMES DA SILVA
CRISTIANE SOUZA GARRIDO	JOSUE SANTOS REIS

1 - O poeta aludido no texto é Francisco Buarque de Holanda, popularmente conhecido como Chico Buarque, que compôs uma das canções mais emblemáticas da vertente crítica do compositor, “podendo-se enquadrar como um testemunho doloroso das relações aviltantes entre o capital e o trabalho”, conforme afirma Adélia Bezerra de Meneses no livro *Desenho Mágico: poesia e política em Chico Buarque*. A canção lançada em 1971 foi intitulada de Construção

JURLANE CAROLINA SANTOS DE SOUZA
JUSSARA MARIA FERNANDES LEONE
KARLA MARY VIEIRA BAQUEIRO
LAÍSE REZENDE DE ANDRADE
LARISSA DAIANE VIEIRA BARROS
LARISSA SAMARA LEMOS LAVRADOR
LEILA VIRGINIA DA SILVA
LIS BANDARRA MONÇÃO
LIVIA MENDES PAIVA
LIVIA LIMA NOGUEIRA
LOUISE MIRANDA DE SENA VEIGA
LUCENILDES DE JESUS SANTOS
LUCIANA SANTOS CHAVES
LUCIANO DE PAULA MOURA
MABEL JANSEN
MARCELA MUHANA GALVÃO
MARCELO MACHADO
MARCIA MIRANDA BARRETO
MARIA ALICE BARBEDO VIGAS
MARIA CONSTANTINA CAPUTO
MARIA DAS GRAÇAS SANTOS TONHÁ
MARIA DE FÁTIMA C. DE OLIVEIRA
MARIA DE GLÓRIA ALMEIDA
MARIA DE LOURDES BARRETO
MARIA EVANGELISTA DE SANTANA
MARIA JOSÉ ALVES PASSOS
MARIA LUCIA SANTOS
MARIA TEREZA ALVES TEIXEIRA
MARIANGELA SOUZA DA SILVA
MARILENE CÔRTEZ
MARINALVA DE JESUS ALMEIDA ALBUES
MARTHA MACHADO ALMEIDA
MERCIA JONES
MONICA DE OLIVEIRA RIBEIRO
MONICA SANTANA SILVA
PATRICIA BRAGA
PATRICIA DANTAS ARAUJO
PAULO ITAMAR FERRAZ LESSA

PRISCILA SOARES MACEDO
REGINA CELI MAGALHÃES DANTAS
REGINA CELIA LIMA CARDOSO
REINALDO DIAS DE CARVALHO
REINALDO DIAS DE CARVALHO
REJANE ANDRADE CARDOSO
RENATA DOS SANTOS SOARES SILVA
RENATA MARIA DE OLIVEIRA COSTA
RENATO TOURINHO FILHO
RITA DE CASSIA
RITA DE CÁSSIA RAMOS FREIRE DE CARVALHO
ROSANA SANTOS BATISTA ADORNO
ROSANGELA LIMA SILVA
ROSÂNGELA MARIA RÉGIS DUARTE KATAYOSE
ROSEMEIRE DE BRITO SANTOS
RUTH LÍGIA DE GOIS E SILVA
SAMANTHA DE JESUS ANDRADE
SERGIO SANTOS DE JESUS
SILVANA SOTTERO
SILVIA CONCEIÇÃO BONFIM BITTENCOURT LEÃO
SILVIA SILVA NUNES
SIMONE DE JESUS SOUSA REIS
SONIA QUEIROZ
SÔNIA REGINA DE JESUS PEREIRA
SUZANA COSTA CARVALHO NERI
TALITA CASTRO GARCIA MATTEONI
TANIA MARCIA NOYA ALVES SENNA
TATIANE MARIA SOUZA SANTOS
TELMA JONES
TEREZA CRISTINA T. G. STEFANELI SILVA
THALITA LIMA
THALITA LOBO GIANUCCI
TIAGO PARADA COSTA SILVA
TIANE SILVA DE OLIVEIRA
VERA LUCIA DUARTE REIS
VERÔNICA COPQUEL SILVA
VICTOR BRANDÃO RIBEIRO
WALDEMAR SANTOS

Secretaria da Saúde do Estado da Bahia
Superintendência de Recursos Humanos
Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
4ª Avenida, 400, Centro Administrativo da Bahia/CAB
Salvador - Bahia, Brasil, CEP: 41745-900.
Tel.: (71) 3115-4397/ e-mail: dgtes.adm@saude.ba.gov.br





SUPERH
SUPERINTENDÊNCIA DE
RECURSOS HUMANOS DA SAÚDE



Governo do
Estado da Bahia
Secretaria da Saúde



ISBN: 978-65-995796-0-8

cat



9 786599 579608