



## **CURSO DE ATUALIZAÇÃO**

Gestão das Condições de Trabalho e Saúde  
dos Trabalhadores da Saúde

Processos de cogestão como produtores de saúde dos trabalhadores de equipes de  
Atenção Básica no Estado do Rio de Janeiro:  
Projeto piloto – região Noroeste Fluminense

**Clarice Furtado**

**Rio de Janeiro  
Agosto, 2012.**

## 1. PROBLEMA E JUSTIFICATIVA

Este projeto surgiu a partir de minha experiência na Superintendência de Atenção Básica da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. Atuando realizando apoio institucional à gestão da Atenção Básica dos municípios do Estado e pude identificar a gestão do trabalho como uma das maiores dificuldades para o alcance de uma atenção básica mais resolutiva. Quando estamos com os Coordenadores de Atenção Básica dos municípios uma queixa frequente refere-se à fixação dos profissionais nas unidades, sobretudo o profissional médico. Os chamados “leilões” salariais nas Regiões de Saúde são trazidos como culpados pelos municípios com recursos menores. É possível identificar com certa facilidade, no entanto, que a questão não está relacionada tão somente ao salário vinculado. As condições do trabalho são fundamentais na discussão desta problemática, situando-se aí a questão da ambiência, equipamentos e insumos necessários, acesso à unidade, dentre outros fatores. Incluo na gestão das condições de trabalho e destaco aqui, o processo de trabalho em equipe, que na maioria das vezes é segmentado e caótico, a responsabilização e autonomia da equipe, bem como compreensão da lógica de seu trabalho e reconhecimento dos produtos.

A saúde do trabalhador é afetada quando este não é ouvido e não tem participação na organização do próprio trabalho. Tende a sentir-se desvalorizado e passa a não reconhecer a sua importância para que o serviço alcance o objetivo, ou seja, a saúde da população. Isto aparece de forma pregnante quando a equipe que atua prestando diretamente a assistência à população encontra-se excluída do diálogo com a gestão. São questões que tem aparecido com destaque no discurso do Ministério da Saúde o que é facilmente observável com a leitura do instrumento de *Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica : AMAQ*, onde verifica-se a discussão de carreira, contratação, vínculo, salários, mas também e talvez principalmente, a observação de fatores fundamentais para se pensar na fixação do profissional da saúde. O trabalho em equipe, o diálogo com a gestão, o reconhecimento do resultado do trabalho, o momento de reflexão sobre o processo e de planejamento, um ambiente de trabalho confortável e seguro, a educação permanente, tudo isto está em jogo para fixar o profissional e para ter

trabalhadores mais saudáveis.

Consideremos um importante princípio orientador, Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do SUS, o princípio da humanização do trabalho:

“que pressupõe construir um tipo de interação entre atores envolvidos na produção de saúde a partir da cogestão dos processos de trabalho, do desenvolvimento de co-responsabilidade, estabelecimento de vínculos solidários, indissociabilidade entre atenção e gestão, fortalecendo o SUS”

Precisamos caminhar no sentido da cogestão trazendo para o diálogo as forças que compõem as políticas. Quem planeja não é quem executa e isto gera um não engajamento do profissional. No âmbito da Atenção Básica o Ministério da Saúde aponta para esta transformação quando fortalece dentro do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica dispositivos como a autoavaliação, o planejamento, os momentos coletivos dentro das equipes e destas com a gestão.

Na SAB/SES procuramos colocar em questão certos tipos de gestão a partir da metodologia do apoio institucional. Esta metodologia parte do reconhecimento concreto de que as relações são sempre de co-gestão e assim precisam ser reconhecidas. A gestão costuma partir da crença de que tem o controle total e que o trabalhador da ponta irá apenas executar e que o fará perfeitamente, inclusive sem acidentes ou adoecimento.

Sendo assim, dentro de nossa dinâmica de trabalho na Superintendência de Atenção Básica abordamos estas questões, mas não conseguimos atuar mais diretamente na gestão do trabalho da Atenção Básica nas regiões de saúde. O contato com o setor de Saúde do Trabalhador do Estado e com os Cerests e com é de fato inexistente. Há a necessidade, portanto, de uma intervenção que possa articular estes atores e ampliar o debate acerca da Saúde do Trabalhador e da Gestão do Trabalho focada nas Equipes de Atenção Básica/Saúde da Família.

Procurando dar viabilidade ao projeto, este será direcionado a uma região como projeto piloto. A região escolhida é a Noroeste fluminense, por ser a mais distante da capital, predominantemente rural e com grandes dificuldades de fixação de profissionais nas equipes. Além disso é uma das regiões que tem maior cobertura de Saúde da Família do Estado.

## **2. OBJETIVOS**

Objetivo Geral:

- Fomentar processos de cogestão na Atenção Básica dos municípios da região de saúde Noroeste, objetivando processos mais saudáveis na atenção e na gestão e a satisfação dos profissionais, com consequente fixação dos mesmos nas unidades.

Objetivos Específicos: (Tomando sempre como base os 14 municípios da região Noroeste fluminense.)

- Travar articulação com o Cerest regional e a área de Saúde do Trabalhador do nível central do Estado buscando sensibilizá-los para atuação junto à gestão da atenção básica entendendo que esta é uma forma de prevenção e promoção da saúde do trabalhador, de forma a se incluir no que coloca a portaria 2.728, DE 11 DE NOVEMBRO DE 2009, que dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), em seu Art. 1º, § 1º. Apontar, portanto, para a inserção de ações no Plano de Trabalho do Cerest regional.

- Provocar reflexão dos gestores da atenção básica acerca de seus processos de gestão;

- Aumentar o diálogo entre gestão e atenção;

- Fomentar a realização de reuniões periódicas nas Equipes de Saúde da Família para discussão de questões referentes à organização do processo de trabalho e planejamento. Estas reuniões devem também ser consideradas espaços permanentes de negociação dentro da equipe.

## **3. PLANO DE AÇÃO**

1. Contato com o Cerest da região Noroeste e com a área de Saúde do trabalhador do Estado para troca de informações sobre a situação de saúde dos trabalhadores da Atenção Básica na região e sensibilização para trabalho articulado e inclusão de ações no Plano de Trabalho regional. Programadas duas reuniões na região, o transporte e as diárias são viabilizadas pela Secretaria Estadual.

2. Pactuação na Comissão Intergestores Bipartite e na Comissão Intergestores Regional de plano de intervenção da Saúde do Trabalhador e da Superintendência de Atenção Básica na região Noroeste.

3. Trabalho com as Coordenações de Atenção Básica dos 14 municípios através de

oficina regional para sensibilização das coordenações e escolha de uma equipe por município como projeto piloto. Será necessário garantir local, coffee break e almoço para a oficina.

4. Realização de segunda oficina regional já com a participação das equipes piloto e apresentação da proposta de elaboração de planos municipais com participação da Coordenação de Atenção Básica e da equipe completa. O objetivo do plano deve ser a modificação do processo de trabalho dentro da equipe, mas espera-se que tenha como consequência o aumento do diálogo entre atenção e gestão, caminhando no sentido de um processo de cogestão.

5. Apoio da Superintendência de Atenção Básica na confecção dos planos municipais com a utilização de telefone, e-mail e encontros no nível central e, se necessário, na região.

6. Representantes do estado, de forma articulada com as Coordenações de Atenção em Básica e Equipes piloto, produzem encontro com os Secretários de Saúde. Pauta: apresentação dos planos e apontamentos para a instalação e a divulgação de informações de espaços de negociação permanente entre gestores e trabalhadores da Atenção Básica.

7. Acompanhamento da execução dos planos com visita mensal a região. Visita a quatro equipes piloto em cada viagem à região, totalizando duas visitas a cada equipe até o final do projeto.

8. Avaliação.

#### 4. CRONOGRAMA

2013	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
<b>Ações</b>												
1 - Contato com o Cerest da região Noroeste e com a área de Saúde do trabalhador.	x	x										
2. Pactuação na Comissão Intergestores Bipartite e na Comissão Intergestores Regional			x	x								
3. Trabalho com as Coordenações de Atenção Básica dos 14 municípios através de oficina regional					x							
4. Realização de segunda oficina regional						x						

5. Apoio na confecção dos planos								x	x	x			
6. Encontro com os Secretários de Saúde.											x	x	x
3. Realização de segunda oficina	<b>J</b>	<b>F</b>	<b>M</b>	<b>A</b>	<b>M</b>	<b>J</b>	<b>J</b>	<b>A</b>	<b>S</b>	<b>O</b>	<b>N</b>	<b>D</b>	
<b>Ações</b>													
7. Acompanhamento da execução dos planos	x	x	x	x	x	x	x						
8. Avaliação									x	x	x		

#### 4. INVESTIMENTOS

1. Oficina na Região Noroeste para 35 pessoas. Local, almoço e coffee brake.
2. Oficina na Região Noroeste para 100 pessoas. Local, almoço e coffee brake.

#### 6. AVALIAÇÃO

1. Verificar se foi possível a articulação com a Área Técnica da Saúde do Trabalhador e com o Cerest regional. Observar se as duas reuniões regionais foram realizadas e se houve trabalho em parceria ao longo do projeto. Verificar se houve mudança no plano de trabalho do Cerest regional após a implantação do projeto.
2. Quantidade de planos municipais elaborados. Destes, quantos foram construídos pelas Coordenações de Atenção Básica e Equipes Piloto de forma articulada e co-responsável e quantos tiveram qualidade considerada boa tendo em vista os objetivos previstos no projeto.
3. Número de Planos apresentados aos Secretários Municipais.
4. Número de Planos implantados nas equipes piloto.
5. Número de municípios que instituíram um espaço permanente de diálogo e negociação entre as Coordenações de Atenção Básica e as Equipes.
6. Número de equipes com reuniões periódicas (semanal ou quinzenal).
7. Número de municípios que instituíram espaços permanentes de diálogo e negociação entre a Coordenação de Atenção Básica e a Gestão Municipal.

## 8. REFERÊNCIAS

PROTOCOLO DA MESA NACIONAL DE NEGOCIAÇÃO PERMANENTE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE N. OO8/2011. *Diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do Sistema Único de Saúde*. Ministério da Saúde, 2011.

PORTARIA No- 2.728, DE 11 DE NOVEMBRO DE 2009. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria\\_renast\\_2728.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_renast_2728.pdf) Acesso em: 06 de agosto de 2012.

POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO – HumanizaSUS. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus\\_2004.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf) Acesso em: 06 de agosto de 2012.

CUNHA, G. T. & CAMPOS, G. W. *Método Paidéia para a Co-gestão de Coletivos Organizados para o Trabalho*. Disponível em: <http://www2.marilia.unesp.br/revistas/index.php/orgdemo/article/viewFile/468/364> Acesso em: 06 de agosto de 2012.

PORTARIA GM 2488 DE 21 DE OUTUBRO DE 2011. *Política Nacional de Atenção Básica*. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html) Acesso em: 06 de agosto de 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica : AMAQ / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.*