



**Universidade Federal da Bahia  
Instituto de Saúde Coletiva  
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva  
Mestrado Profissional em Saúde Coletiva  
Área de Concentração: Gestão de Sistemas de Saúde**

**SANDRA LÚCIA BRASIL SANTOS**

**BASES PARA UM PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA  
AS EQUIPES TÉCNICAS DOS CENTROS DE REFERÊNCIA REGIONAL  
EM SAÚDE DO TRABALHADOR DA BAHIA**

**Salvador  
2014**



**Universidade Federal da Bahia  
Instituto de Saúde Coletiva  
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva  
Mestrado Profissional em Saúde Coletiva**

**SANDRA LÚCIA BRASIL SANTOS**

**BASES PARA UM PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA AS  
EQUIPES TÉCNICAS DOS CENTROS DE REFERÊNCIA REGIONAL EM  
SAÚDE DO TRABALHADOR DA BAHIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, como requisito obrigatório para obtenção do grau de Mestre no Mestrado Profissional em Saúde Coletiva.

**Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Ana Luiza Queiroz Vilasbôas**

**Salvador  
2014**

## FOLHA DE APROVAÇÃO - DISSERTAÇÃO

Nome: Santos, Sandra Lúcia Brasil

Título: Bases para um programa de educação permanente para as equipes técnicas dos Centros de Referência Regional em Saúde do Trabalhador da Bahia.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof.Dr.:

Titulação:

Instituição:

Profa.Dra.:

Titulação:

Instituição:

Profa.Dra.:

Titulação:

Instituição:

Ficha Catalográfica  
Elaboração Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

---

S237b Santos, Sandra Lúcia Brasil.

Bases para um programa de educação permanente para as equipes técnicas dos Centros de Referência Regional em Saúde do Trabalhador da Bahia / Sandra Lúcia Brasil Santos. -- Salvador: S.L.B.Santos, 2014.

187f.

Orientador(a): Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ana Luiza Queiroz Vilasbôas.

Dissertação (mestrado) - Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia.

1. Educação Continuada. 2. Saúde do Trabalhador. 3. Educação Permanente. I. Título.

CDU 37:614

---



**Universidade Federal da Bahia  
Instituto de Saúde Coletiva – ISC  
Programa de Pós- Graduação em Saúde Coletiva**

**Sandra Lucia Brasil Santos**

**“Bases para um Programa de Educação Permanente para Equipes  
Técnicas do Centro de Referência Regional em Saúde do Trabalhador”.**

A Comissão Examinadora abaixo assinada, aprova a Dissertação, apresentada em sessão pública ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Data de defesa: 22 de agosto de 2014

Banca Examinadora:

Profa. Ana Luiza Queiroz Vilasbôas /ISC/UFBA

Prof. Paulo Giovane Lopes Pena / FAMEB/UFBA

Profa. Isabela Cardoso de Matos Pinto /ISC/UFBA

Salvador  
2014

Dedico este texto que relata meu trabalho de investigação a meus pais, Reginaldo de Carvalho (in memoriam) e Sônia Brasil, e aos meus filhos, Pedro e Miguel (in memoriam) e à minha filha Joana.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a todos que colaboraram, direta ou indiretamente, para a realização deste estudo.

Agradeço a todos os professores do Instituto de Saúde Coletiva e, em especial, à minha orientadora, Profa.Dra Ana Luiza Queiroz Vilasbôas pelas orientações, pela confiança e pelo estímulo na busca do conhecimento.

Agradeço a todos os meus colegas de turma do mestrado por compartilharmos esta experiência desafiadora e gratificante.

Agradeço a Dra. Létícia Nobre e a Cassia Ramos pela permissão para realizar este trabalho e pelo apoio constante durante o seu desenvolvimento.

Agradeço a todos os meus colegas e amigos da Diretoria de Vigilância e Atenção à Saúde do Trabalhador, e aos coordenadores e técnicos dos CEREST, pelo apoio e por compartilhar os ideais da Saúde do Trabalhador.

Agradeço a Dra. Maria Luisa Soliane e ao Prof. Urbino Tunes pelo apoio e incentivo e aos meus colegas da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, pela amizade e companheirismo.

Agradeço à minha filha Joana, pelo seu amor carinhoso que me apoiou e estimulou a seguir em frente.

Agradeço ao meu melhor amigo, Caio Mario Castilho, pela amizade incondicional e revisões sucessivas.

Agradeço ao meu cunhado, Cipriano Luckesi, por sua contribuição generosa que me ajudou imensamente, em vários momentos deste trabalho.

Agradeço ao meu pai (in memoriam), que me ensinou o valor da coragem, do amor ao trabalho e ao silêncio.

Agradeço a toda a minha família, minha mãe, meus irmãos, irmãs, cunhados, cunhadas, minha família ampliada e amigos queridos, pelo amor, pelo carinho e por acolher meu afastamento durante estes dois últimos anos.

Por fim, mas não em último lugar, agradeço a todos os meus pacientes e alunos, que sempre me mantiveram motivada a continuar aprendendo e a me colocar a serviço da Vida.

“Semear desejos, estimular projetos, consolidar valores que sustentem e fazer com que os alunos (profissionais) articulem seus projetos pessoais com os da coletividade na qual se inserem.” (Machado, 2002, p.155)

## RESUMO

Este é um estudo que apresenta as bases, construídas coletivamente, de um Programa de Educação Permanente (PEP) para as equipes técnicas dos Centros de Referência Regional em Saúde do Trabalhador do Estado da Bahia (CEREST/BA). Para este estudo foi caracterizada a Rede Nacional de Saúde do Trabalhador do Estado da Bahia (RENAST/BA). Foram incorporados os instrumentos políticos e normativos que definem as atribuições dos CEREST e identificada a estrutura institucional e a percepção dos profissionais sobre os referidos centros instalados no Estado na Bahia, onde atuam, definindo um conjunto de competências para compor as bases do PEP.

Do ponto de vista metodológico, foi utilizada a pesquisa qualitativa aplicada à saúde, o método Delfos e a técnica do grupo focal, com a inclusão da técnica de intervenção em grupo, a oficina de trabalho. Esta investigação foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa e foram respeitados os aspectos éticos. No total, a pesquisa contou com 49 informantes; todavia, como alguns informantes tiveram oportunidade de participar de mais de uma das etapas da investigação, obteve 103 participações.

Para a análise dos dados coletados na pesquisa de campo, foi utilizado o referencial metodológico da análise de conteúdo. O relato e análise dos dados foram efetivados segundo dois eixos: RENASt e Educação Permanente. Cada um deles conta com um quadro de referências e dados empíricos coletados junto aos participantes da pesquisa.

No eixo RENASt/BA encontram-se abordados aspectos da implantação, da configuração e da organização da rede, como também estão definidos temas prioritários e estratégicos a serem abordados pelo PEP. No segundo eixo, Educação Permanente, está presente a descrição de um conjunto de capacidades necessárias aos CEREST e como fazer para alcançá-las, num processo de educação por competências, articulado ao contexto do trabalho. São apresentados ainda os indicadores selecionados; são estabelecidas e as

bases para elaboração do PEP, identificando-se também metodologia de acompanhamento, elementos de avaliação, um caminho para definir o padrão de qualidade do serviço em saúde e, finalmente, os elementos necessários para elaboração do planejamento operativo para a execução do programa.

Foram tecidas considerações ainda sobre a relação entre a baixa produtividade dos CEREST/BA, sobre a configuração da RENAST/BA existente, a atuação da Atenção Básica à saúde e a baixa integração entre as Vigilâncias a Saúde. Foi sinalizada a necessidade de enfrentar os problemas da RENAST/BA de forma integrada, considerando o sistema, não apenas o serviço, e, nesse serviço, está incluída a necessidade de capacitar os gestores dos CEREST e suas equipes.

Foi identificada uma sobrecarga de atribuições para as equipes técnicas ao lado de uma baixa governabilidade sobre os problemas do cotidiano do trabalho; baixa organização e vínculos precários. Ficou sinalizada também a existência do risco de culpar o trabalhador do CEREST pela baixa resolutividade e produtividade destes Centros.

As bases para o PEP estão compostas por um conjunto de capacidades, como elemento norteador, que possibilitará a construção de um programa de educação permanente para os CEREST. Por esta razão foi escolhida a formação por competência, que trabalha com saberes em uso, valores e atitudes, buscando uma aprendizagem significativa e imbrincada ao trabalho.

Palavras Chave: educação continuada, saúde do trabalhador, educação permanente.

## **ABSTRACT**

This study shows the collectively constructed bases of a Permanent Education Program (PEP) for the technical teams of the Regional Reference Center for Occupational Health in the State of Bahia (CEREST/BA). This study characterizes the National Occupational Health Network of the State of Bahia (RENAST/BA). Political and regulatory instruments that define the duties of the CEREST were incorporated. The institutional structure and the professionals' perception of the centers installed in the state of Bahia, where they act, were identified, defining a set of skills to compose the foundations of the PEP.

From the methodological point of view were used: a qualitative research applied to health, the Delphi method and the technique of focus groups, with the inclusion of technical intervention group, the workshop. This research was approved by the Research Ethics Committee and all ethical aspects were respected. In total, the study comprised 49 informants; however, as some informants had the opportunity to participate in more than one of the stages of the research, it obtained 103 testimonials.

The methodological framework of content analysis was used to analyze the data collected in the field research. The reporting and data analysis were effected in two sources: RENAST and Continued Education. Each has a frame of reference and empirical data collected from the research participants.

The RENAST/BA source are addressed aspects of implantation, configuration and organization of the network, they are also defined and a strategic priority to be addressed by the PEP. In the second axis, Continued Education, there is a description of a set of capabilities required to CEREST and how to achieve them, in an education process for competencies articulated in the labour context. The selected indicators are also presented; the basis for preparation of the PEP are established and, also, methods for monitoring, evaluation elements

are identified, a way to set the standard for the quality of service in health and, finally, the necessary elements for the elaboration of operational planning for the implementation of the Programme.

Further considerations were made on the comparison between the low productivity of the CEREST/BA, on the existing configuration of the RENAST/BA, the performance of Primary Health Care and the low integration between the Health Surveillance Units. The need to address the RENAST/BA problems in an integrated way was pointed out, considering the system, not only the service, and in this service was included the need to empower CEREST's managers and their teams.

Not only the overload of assignments for the technical team has been identified, but also the low governance of the daily work problems; poor organization and poor linkages. The risk of blaming the CEREST worker for the low resolution and productivity of these centers has also been shown.

The foundations for the PEP are composed by a set of capabilities, such as guiding elements, which enable the construction of a continued education program for CEREST. For this reason the formation by competency was chosen, which works with the knowledge in use, values and attitudes, seeking a meaningful learning, imbricated with labour.

Key Weords: Continued Education, Occupational Health, Permanent Education,

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABP	Aprendizagem Baseada em Problemas
ADRT	Agravos e Doenças Relacionadas ao Trabalho
CAGED	Cadastro Geral de Empregados e Desempregados
CAT	Comunicação de Acidente de Trabalho
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CEREST	Centro de Referência Regional de Saúde do Trabalhador
CEREST-BA	Centro de Referência Regional de Saúde do Trabalhador da Bahia
CESAT	Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador
CIB	Comissão Intergestora Bipartite
CIES	Comissão de Integração-Ensino-Serviço
CIR	Comissões Intergestores Regionais
CIST	Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador
COGER	Coordenação de Gestão da Rede
DAB	Diretoria de Atenção Básica
DATAPREV	Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social
DGETS	Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
DIRES	Diretoria Regional de Saúde
DIVAST	Diretoria de Vigilância e Atenção à Saúde do Trabalhador
DMP	Departamento de Medicina Preventiva
EaD	Educação a Distância
EESP	Escola Estadual de Saúde Pública Professor Francisco Peixoto Magalhães Neto
EFTS	Escola de Formação Técnica em Saúde Professor Jorge Novis
ESUS	Sistema Integrado de Gestão de Saúde
GPP	Grupo de Participantes da Pesquisa
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IES	Instituições de Ensino Superior
ISC	Instituto de Saúde Coletiva

LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentarias
LOA	Lei Orçamentaria Anual
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Normas Operacionais de Atenção à Saúde
OPAS	Organização Pan Americana de Saúde
PAS	Programação Anual de Saúde
PAVS	Programação de Ações de Vigilância à Saúde
PEP	Programa de Educação Permanente
PES (1)	Plano Estadual de Saúde
PES (2)	Planejamento Estratégico Situacional
PLANEST /BA	Plano Estadual de Saúde do Trabalhador da Bahia
PMS (1)	Plano Municipal de Saúde
PMS (2)	Planejamento Municipal de Saúde
PNSTT	Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora
PPA	Plano Pluri Anual
PROG VS	Programação das Ações de Vigilância em Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
PTA	Programação de Trabalho Anual
RAG	Relatório Anual de Gestão
RAIS	Relação Anual de Informações Sociais
REDE-ST	Rede de Saúde do Trabalhador
RENAST	Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
RENAST/BA	Rede Nacional de Atenção Estadual à Saúde do Trabalhador da Bahia
RIPSA	Rede Interagencial de Informações para a Saúde
RQ	Relatório Quadrimestral das Atividades em Saúde do Trabalhador
RS	Região de Saúde
SESAB	Secretaria da Saúde do Estado da Bahia
SI	Sistemas de Informação
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica

SIA-SUS	Sistema de Informação Ambulatorial do SUS
SIH-SUS	Sistema de Informação Hospitalar do SUS
SIM	Sistema de Informação Sobre Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINITOX	Sistema Nacional de Informação Tóxico Farmacológica
SIS	Sistema de Informação em Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
ST	Saúde do Trabalhador
SUB	Sistema Único de Benefício
SUS	Sistema Único de Saúde
SUVISA	Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde
TCG	Termo de Compromisso de Gestão
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TEIAS	Territórios Integrados de Atenção à Saúde
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UNASUS/BA	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde
VISA	Vigilância em Saúde
VISAM	Vigilância em Saúde Ambiental
VISAT	Vigilância em Saúde do Trabalhador
VISAU	Vigilância em Saúde

# SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	18
CAPÍTULO I	22
CONFIGURAÇÃO METODOLÓGICA DA PESQUISA	
1 OBJETIVOS DA INVESTIGAÇÃO	22
2 METODOLOGIA DE COLETA DE DADOS	22
2.1 <u>Participantes da pesquisa</u>	23
2.2 <u>Técnicas de coleta de dados e produção de informações</u>	24
2.3 <u>Considerações éticas</u>	26
2.4 <u>Fontes de financiamento da pesquisa</u>	27
2.5 <u>Processo de coleta de dados</u>	27
2.6 <u>Análise dos dados</u>	31
2.7 <u>Breves comentários sobre o campo</u>	33
CAPÍTULO II	35
A REDE NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR/BA E BASES PARA UM PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA AS EQUIPES TÉCNICAS DOS CEREST	
1 RENAST BAHIA	36
1.1 <u>Rede Nacional de Saúde do Trabalhador implantada na Bahia: um estudo documental e bibliográfico</u>	36
1.1.1 <i>Primeiro um pouco de história</i>	36
1.1.2 <i>Atendimento a saúde do trabalhador no Brasil</i>	37
1.1.3 <i>Capacitação de profissionais</i>	41
1.1.4 <i>Diagnostico de problemas na produtividade dos CEREST e configuração da necessidade de educação permanente</i>	43
2 REDE NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DO TRABALHADOR - RENAST SEGUNDO PERCEPÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA	46
2.1 <u>Estrutura normativa da RENAST</u>	46

<b>2.1.1</b>	<b><i>Indicadores da Programação Anual de Saúde (PAS)</i></b>	47
<b>2.1.2</b>	<b><i>Indicadores da DIVAST</i></b>	47
<b>2.1.3</b>	<b><i>Indicadores para avaliação e monitoramento</i></b>	48
<b>2.1.4</b>	<b><i>Atribuições normatizadas.</i></b>	48
<b>2.1.5</b>	<b><i>Eixos de atuação dos CEREST</i></b>	50
<b>2.2</b>	<b><u>Configuração da RENAST</u></b>	51
<b>2.2.1</b>	<b><i>Ideal de rede</i></b>	51
2.2.1.1	<u><i>“Legislação”</i></u>	52
2.2.1.2	<u><i>“Gestão, integração e trabalho”</i></u>	52
2.2.1.3	<u><i>“Relações cooperativas e valores”</i></u>	52
2.2.1.4	<u><i>“Comunicação”</i></u>	53
2.2.1.5	<u><i>“Benefícios do trabalho em rede”</i></u>	54
2.2.1.6	<u><i>“Desafio do trabalho em rede”</i></u>	54
<b>2.2.2</b>	<b><i>A rede real</i></b>	55
2.2.2.1	<u><i>“Sobre organização da rede”</i></u>	56
2.2.2.2	<u><i>“Sobre a constituição da rede”</i></u>	56
2.2.2.3	<u><i>“Sobre a pauta na agenda e vontade política para consolidar a rede”</i></u>	56
2.2.2.4	<u><i>“Sobre a imagem de rede”</i></u>	57
2.2.2.5	<u><i>“Sobre a transversalidade da rede”</i></u>	57
<b>2.3</b>	<b><u>Problemas da RENAST</u></b>	58
<b>2.3.1</b>	<b><i>Sobre “problemas fora da governabilidade da DIVAST”</i></b>	58
<b>2.3.2</b>	<b><i>Sobre “problemas da gestão estadual”</i></b>	58
<b>2.3.3</b>	<b><i>Sobre “problemas da gestão”</i></b>	58
<b>2.3.4.</b>	<b><i>Sobre “problemas da gestão do CEREST”</i></b>	59
<b>2.4</b>	<b><u>Propostas para a RENAST</u></b>	60
<b>2.4.1</b>	<b><i>Quanto às “propostas para a gestão estadual”.</i></b>	60
<b>2.4.2</b>	<b><i>Quanto às “propostas para a gestão municipal”.</i></b>	62

2.4.3	<i>Quanto às “propostas para a gestão dos CEREST”.</i>	63
3	<b>BASES PARA UM PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA AS EQUIPE TÉCNICAS DA RENAST NA BAHIA</b>	64
3.1	<b><u>Educação Permanente como base para a elaboração do programa de formação para os profissionais de saúde do trabalhador</u></b>	64
3.1.1	<i>Educação Permanente em saúde no Sistema Único de Saúde: aspectos histórico-conceituais</i>	65
3.1.2	<i>Configuração de diretrizes metodológicas para a avaliação dos serviços em saúde</i>	72
3.2	<b><u>Configuração necessária para a educação permanente das equipes técnicas da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador da Bahia</u></b>	79
3.2.1	<i>Capacidades necessárias aos profissionais da área de saúde do trabalhador no Estado da Bahia segundo documentos e percepção dos participantes da pesquisa</i>	80
3.2.1.1	<i><u>“Competências e Conteúdos”</u></i>	81
	A - “Planejamento em Saúde do Trabalhador”	82
	B - “Vigilância em Saúde do Trabalhador”	85
	C - “Assistência em Saúde do Trabalhador”	86
	D - “Informação em Saúde do Trabalhador”	86
	E - “Articulação interinstitucional e controle social”	87
	F - “Educação permanente”	87
	G - “Gestão financeira”	88
3.2.1.2	<i><u>“Habilidades”</u></i>	89
	A - “Análise e síntese”	90
	B - “Comunicação e relação”	90
	C - “Mediação”	90
	D - “Informação”	91
	E - “Educação”	91
3.2.1.3	<i><u>“Atitudes”</u></i>	91
3.3	<b><u>Características do programa de educação permanente para os profissionais de saúde do trabalhador da Bahia</u></b>	92
3.3.1	<i>A “formação no trabalho”</i>	93
3.3.2	<i>O “contexto de trabalho do CEREST”</i>	93
3.3.3	<i>Os “desafios do trabalho dos CEREST na RENAST/BA”</i>	94
3.3.4	<i>O “modelo de acompanhamento apoio matricial”</i>	95

<b>3.4 <u>Avaliação de programa</u></b>	95
<b>3.4.1 A “<i>caracterização do problema</i>”</b>	96
<b>3.4.2 A “<i>formulação dos objetivos do programa</i>”</b>	97
<b>3.4.3 A “<i>seleção de indicadores</i>”</b>	98
<b>4 SOBRE A “QUALIDADE NOS SERVIÇOS”</b>	99
<b>5 SOBRE OS “ATORES”</b>	100
<b>CAPÍTULO III</b>	105
<b>CONSIDERAÇÕES COMPLEMENTARES AOS DADOS RELATADOS NO CAPÍTULO ANTERIOR</b>	
<b>RECOMENDAÇÕES</b>	122
<b>REFERÊNCIAS</b>	125
<b>APÊNDICES</b>	132
<b>ANEXO</b>	173

## INTRODUÇÃO

O texto que se segue tem como foco a apresentação das bases de um Programa de Educação Permanente para os Centros de Referência Regional de Saúde do Trabalhador da Bahia (CEREST/BA).

Ele está fundamentado, de um lado, no estudo de dispositivos legais, institucionais e, de outro, na percepção dos profissionais que atuam na Rede Nacional de Saúde do Trabalhador na Bahia (RENAST/BA); percepção obtida através de investigação participativa em conformidade com os recursos técnicos utilizados e relatados no corpo dessa dissertação.

O texto apresenta, em primeiro lugar, a estrutura da RENASt/BA (Rede Nacional da Saúde do Trabalhador/Bahia) e características de duas das instâncias que a compõem: a Diretoria de Vigilância e Atenção à Saúde do Trabalhador (DIVAST) e os Centros de Referência de Saúde do Trabalhador da Bahia (CEREST/BA).

Além disso, a pesquisa, através de dados empíricos coletados, produziu informações sobre as características das equipes técnicas dos CEREST como formação, tempo de serviço, número de técnicos por equipe e processo de trabalho; identificou, com base em estudos, uma defasagem consistente entre a produtividade destes centros e a população adstrita à região de saúde que deve ser alcançada pelas ações; e ainda definiu a necessidade de elaborar um programa de educação permanente sedimentado na construção coletiva e, valorizando o saber proveniente das pessoas que vivenciam o cotidiano do trabalho.

O texto configura, em segundo lugar, servindo-se dos mesmos recursos metodológicos, as bases para a elaboração de um Programa de Educação Permanente com dois eixos: Saúde do Trabalhador e Educação Permanente.

No primeiro, destaca-se o campo da Saúde do Trabalhador, a conquista do direito à saúde, aos dispositivos legais e as relações entre trabalho e capital; no segundo, a concepção de educação permanente que tem o processo de trabalho como eixo central do processo educativo e reconhece a sua dimensão ético-política; fazendo, no caso, uma opção por uma prática de educação por competência.

No texto, encontra-se caracterizada a educação em serviço contextualizada, como também as justificativas para a adoção da educação permanente como estratégia para a qualificação dos profissionais que atuam em Saúde do Trabalhador no Estado da Bahia, seja com base nos fundamentos teóricos especificados, seja também nas percepções dos profissionais dos CEREST/BA.

Como, de alguma forma já sinalizado, o presente texto expõe a trajetória metodológica percorrida para identificar os elementos necessários para a construção das bases para um Programa de Educação Permanente, seja através de estudos de documentos seja através da coleta de dados sobre a percepção dos profissionais envolvidos nessa atividade no Estado da Bahia.

O trabalho de coleta de dados em campo se deu em seis fases para as quais, quando necessário, foram construídos textos e matrizes, atendendo as características desta investigação e da instituição à qual se encontram vinculados os participantes da pesquisa.

Como recurso metodológico para a análise dos dados e compreensões obtidos com esta investigação, foram estabelecidos dois eixos temáticos principais - a Rede Nacional de Saúde do Trabalhador implantada no Estado da Bahia e as Bases para um Programa de Educação Permanente - que permitiram enfeixar todos os dados obtidos - seja pelos estudos documentais, como também pela coleta de dados junto aos participantes - numa compreensão orgânica. Para tanto, foram levadas em conta tanto variáveis predefinidas, como variáveis que emergiram no processo de manipulação dos dados coletados.

Metodologicamente, foram adotados os requisitos para pesquisa com seres humanos, com aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) e utilizado o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE).

Nos resultados, sistematizam-se os aspectos identificados da estrutura RENAST/BA na dimensão normativa, como também a configuração e os principais problemas desta rede; como ainda, com base na percepção dos participantes da pesquisa, as competências necessárias às equipes técnicas dos CEREST.

O quadro estabelecido com essa investigação subsidia a elaboração das bases de um Programa de Educação Permanente para os profissionais da área da Saúde do Trabalhador do Estado da Bahia. Para acompanhamento e monitoramento deste programa, foi identificada a necessidade do apoio matricial e institucional.

Para sua avaliação, vinculada ao desempenho das equipes técnicas em serviço, foram selecionados indicadores de parâmetros de qualidade.

Importa observar que não se encontra nesta dissertação um Plano Operativo de educação Permanente para os profissionais do CEREST/BA, mas simplesmente as bases de um Programa de Educação Permanente. De fato, não caberia a esta dissertação essa tarefa, mas sim aos gestores institucionais, que em função do contexto, formataram um programa adequado as suas necessidades e capacidade de execução.

O texto da presente dissertação está estruturado em uma introdução, três capítulos subsequentes e, ao final, recomendações.

O Capítulo I expõe os caminhos metodológicos seguidos na execução da pesquisa. O capítulo II organiza a compreensão estabelecida com a investigação em dois eixos temáticos já citados - a Rede Nacional de Saúde do Trabalhador do Estado da Bahia e Bases para um Programa de Educação Permanente para os profissionais dos CEREST.

A apresentação dos dois eixos temáticos tem por base tanto os estudos documentais sobre a área da saúde do trabalhador como a coleta de dados junto aos profissionais participantes da Rede de Saúde do Trabalhador implantada no Estado da Bahia.

Os participantes da pesquisa foram selecionados entre os profissionais que atuam na própria rede em função do fato de ninguém melhor do que eles terem ciência das carências e necessidades de formação para atuar profissionalmente onde atuam.

O capítulo III apresenta uma discussão analítica dos resultados obtidos, assim como um olhar crítico sobre atendimento da saúde do trabalhador no Estado da Bahia; e, finalmente, recomendações emergentes da investigação.

As recomendações finais para a área de atuação dos profissionais da área de saúde do trabalhador no Estado da Bahia estão formuladas tanto do ponto de vista do sistema como do ponto de vista individual.

## **CAPÍTULO I CONFIGURAÇÃO METODOLÓGICA DA PESQUISA**

Este capítulo expõe a configuração dos recursos metodológicos propostos e utilizados para a realização da investigação aqui desenhada e relatada, passando pelos objetivos, documentos escritos e pela coleta de dados junto aos participantes da Rede Nacional de Saúde instalada no Estado da Bahia.

### **1 OBJETIVOS DA INVESTIGAÇÃO**

O objetivo geral desta investigação foi realizar um estudo sobre Rede Nacional de Saúde do Trabalhador instalada no Estado da Bahia e elaborar as bases para um Programa de Educação Permanente para equipes de profissionais dos CEREST com alicerce nas competências requeridas por suas atribuições.

Tendo em vista realizar o objetivo geral deste estudo, os objetivos específicos foram:

- incorporar os instrumentos políticos e normativos que definem as atribuições dos CEREST
- caracterizar a RENAST/Ba, identificar a estrutura institucional e a percepção dos profissionais;
- definir competências e habilidades para compor um Programa de Educação Permanente;

### **2 METODOLOGIA DE COLETA DE DADOS**

A metodologia utilizada para a realização do estudo empírico, cujo destino final, era, junto com os resultados dos estudos documentais, a elaboração das bases para um Programa de Educação Permanente para os CEREST, integrantes da RENAST-BA, requereu o uso de recursos da pesquisa qualitativa aplicada à saúde; implicou também na inclusão da técnica de intervenção em grupo, tendo em vista a construção coletiva do alicerce do Programa de Educação Permanente para as equipes técnicas.

Sobre a pesquisa qualitativa, Minayo (2001) afirma que a apropriação de uma parcela da realidade pela ciência é feita a partir de uma agregação de diferentes pontos de vista. Destaca diversas formas de análise e de tratamento dos dados qualitativos e, dentre estes, a análise de conteúdo.

A pesquisa qualitativa é considerada por ela como um conjunto de técnicas e é compreendida como uma análise de informações sobre o comportamento humano, através da averiguação de hipóteses ou de questões. Tem por objetivo desvelar o que está por trás dos conteúdos manifestos no material coletado, com o qual podem ser criadas categorias de análise predefinidas ou empíricas (p. 74).

Para o campo da saúde, ela advoga que devem ser observadas as relações sociais, políticas, econômicas, ideológicas, visões de mundo, modos de produção e de organização do sistema de saúde.

Essas indicações nortearam a coleta de dados empíricos para esta pesquisa.

## **2.1 Participantes da pesquisa**

Para a seleção dos participantes da pesquisa foi feita uma escolha de conveniência, através da definição de critérios de exclusão e de inclusão. A escolha de conveniência foi feita em função do contexto.

A mudança institucional de gestão nos municípios baianos, em 2012 (eleição para cargos administrativos no país), gerou modificações nas equipes técnicas dos CEREST, ocasião em que foi demitido um número significativo de técnicos e, subsequentemente, contratados outros profissionais com pouca experiência em Saúde do Trabalhador (DIVAST, 2013).

Então, foram excluídos, como participantes da pesquisa, profissionais que trabalhavam nas Diretorias Regionais de Saúde (DIRES) nas Secretarias Municipais de Saúde (SMS) e outras instâncias do Sistema Único de Saúde (SUS) que fazem parte da RENAST/BA.

Esta opção de exclusão foi efetivada pela pesquisadora, em função das características de cada uma destas instâncias, que requerem estudos específicos.

Esse critério utilizado levou à inclusão, no estudo, de participantes da DIVAST/CESAT e dos CEREST, instituições que fazem parte da RENAST/BA.

O objetivo deste critério de inclusão foi o de possibilitar uma análise do contexto a partir do ponto de vista dos próprios profissionais, que vivem o cotidiano do trabalho como também do ponto de vista dos profissionais da DIVAST/CESAT, que lhes prestam assessoria, acompanhamento e monitoramento. Foram incluídos a diretoria, os coordenadores e profissionais das equipes técnicas.

A coleta de dados foi iniciada com os profissionais da DIVAST mais experientes em Saúde do Trabalhador e com maior conhecimento acumulado sobre o funcionamento da RENAST/BA. Foi finalizada com os coordenadores e técnicos dos CEREST, que, na sua maioria, detêm menos conhecimento acumulado sobre Saúde do Trabalhador, pois possuem menos tempo de serviço e menor experiência devido à recente contratação.

## **2.2 Técnicas de coleta de dados e produção de informações**

Para este estudo, foi realizada, de um lado, uma pesquisa documental e, de outro, um trabalho de coleta de dados junto aos participantes da pesquisa. Também foi incluída a técnica da oficina de trabalho em grupo, utilizada como uma prática de intervenção psicossocial.

Esta inovação ou licença da pesquisadora pode ser explicada pela natureza deste trabalho de investigação, que requereu a construção de um produto validado coletivamente - bases para um Programa de Educação Permanente -, o que demandou o uso métodos e técnicas de pesquisa associados a uma técnica de trabalho em grupo.

A pesquisa documental reuniu as fontes de informação e de verificação constituídas por documentos propositivos e instrumentos de gestão da instituição, a saber: Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (BRASIL, 2012), portarias federais e estaduais que orientam as ações de Vigilância a Saúde do Trabalhador (BRASIL, 1998, 2009, 2010, 2011, 2012), planos de ação da DIVAST/SUVISA/SESAB (BAHIA, 2013,2014) e relatórios da DIVAST (Bahia, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014).

Os métodos e técnicas de coleta de dados junto aos participantes da pesquisa foram o método Delfos e o grupo focal.

O *método Delfos* (SOUZA, VIERA-da-SILVA, HARTZ, 2005) é uma técnica de coleta de informações que se constitui numa consulta a especialistas, sobre um tema específico, objetivando construir consensos.

Neste estudo foi feita uma modificação na metodologia original, tendo sido enviada por e-mail uma pergunta a todos os profissionais da DIVAST. As respostas foram sistematizadas com a construção de categorias empíricas que emergiram do processo de análise e utilizadas para a construção de um texto com base em Mendes (2010). Este texto foi apresentado aos participantes da pesquisa, em outra etapa do trabalho de campo, para validação.

O *grupo focal* é uma técnica de grupo, método participativo, referência na pesquisa com serviços de saúde e nas ciências sociais. Pode ser entendido como *entrevista em grupo* (BARBOUR, p. 62, 2009).

Permite a análise de experiências com grupos, o exame de interações e comunicações. O uso do grupo focal propicia [...] “uma oportunidade de gerar dados que são bons candidatos à análise pela abordagem do interacionismo simbólico, que enfatiza a construção ativa do significado” [...] “Não existem regras prontas e a decisão de escolha dependerá do tipo de projeto a ser apresentado” [...] (SILVA, 2012, p. 2).

Esta prática do grupo focal contou com um observador participante e um relator para registro de observações decorrentes das discussões verbais. Acresceu-se também a decisão o uso do registro escrito das informações pelos próprios participantes da pesquisa, sistematizando esses registros, posteriormente, numa matriz por meio de discussões em grupo.

A terceira técnica utilizada foi a da *oficina de trabalho*. A oficina, em trabalho de grupo, é compreendida como uma atividade estruturada, com um foco definido em torno de uma questão central proposta para um grupo.

“Não se restringe a uma reflexão racional, mas envolve os sujeitos de maneira integral, formas de sentir, pensar e agir”. É uma prática de intervenção psicossocial que utiliza informações e reflexão, inclui significados afetivos e vivências relacionadas ao tema discutido. (AFONSO, 2003, p. 66).

Esta técnica não é formalmente considerada uma técnica de coleta de dados, entretanto, foi uma metodologia no trabalho de coleta de dados que permitiu construir produtos junto aos participantes da pesquisa. Foram realizadas quatro oficinas, em conformidade com a descrição acima, o que possibilitou atender aos objetivos deste estudo.

### **2.3 Considerações éticas**

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA), em Salvador, sob o número do Parecer: 524.205, com data de Relatoria: 25/11/2013.

Na construção desta investigação foram respeitados todos os aspectos éticos, conforme definem as Resoluções 196/96 e a Resolução nº 466/12, que regulamentam a pesquisa com seres humanos. Foram respeitados os princípios da autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade e assegurados os direitos dos participantes da pesquisa. Foi elaborado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 1), assinado por todos os participantes da pesquisa.

Estes estavam cientes de que poderiam desistir em qualquer uma das etapas de construção da pesquisa e do Programa.

Foi respeitada a privacidade dos participantes da pesquisa, com a omissão de nome e qualquer outro dado pessoal que os pudesse identificar. Quanto ao tópico privacidade, devem ser feitas ressalvas aos nomes das instituições, que foram identificadas devido às características do estudo, inclusive tendo recebido autorização escrita para sua execução.

Os resultados da pesquisa serão divulgados entre os participantes e a para comunidade científica, tornando-se assim de domínio público.

#### **2.4 Fontes de financiamento da pesquisa**

A pesquisadora não recebeu recursos de fonte de financiamento para a pesquisa e não recebeu bolsa de pesquisa de fontes de fomento.

A pesquisa foi financiada com recursos próprios da pesquisadora e da instituição pública estadual, na qual trabalha. Esta instituição liberou a pesquisadora de 50% da carga horária de trabalho durante os dois anos da pesquisa. Apoiou a pesquisadora na realização de todas as fases do trabalho de campo, seja com recursos logísticos, produção de material impresso e liberação dos participantes da pesquisa, de suas atribuições cotidianas para participar das atividades necessárias à coleta de dados.

#### **2.5 Processo de coleta de dados**

A coleta de dados deu-se em seis etapas.

Na primeira etapa, atuaram 5 participantes da pesquisa; na segunda, 20; na terceira 15; na quarta 29, na quinta 19 e na sexta 15, totalizando 103 participações.

O total de sujeitos participantes da pesquisa era de 49, todavia, como alguns participantes estiveram presentes em mais de uma etapa, o número de participações foi maior que o de participantes.

Todos assinaram o TCLE e a maioria participou de mais de uma etapa.

As etapas foram as seguintes: 1ª Oficina de trabalho; 2ª Consulta com o uso do Método Delfos (modificado); 3ª Grupo focal; 4ª, 5ª e 6ª Oficinas de trabalho.

A primeira etapa do trabalho de campo consistiu de uma oficina de trabalho na qual foi feita uma exposição, realizada pela pesquisadora, para a Diretoria da DIVAST, apresentando o projeto já aprovado pelo sistema de Pós-Graduação do ISC, validando-o e acrescentando sugestões.

De acordo com a sugestão feita, as oficinas foram realizadas no mesmo período de construção do planejamento institucional para 2014, considerando que o Programa de Educação Permanente corresponde a um dos eixos do Planejamento Institucional.

A segunda etapa foi realizada através de uma consulta, com o uso do método Delfos,(APÊNDICE 2) junto à diretoria e ao corpo técnico da DIVAST, objetivando identificar qual sua compreensão sobre o trabalho em rede.

Para essa oportunidade, foi feita uma adaptação do método (SOUZA, VIERA-da-SILVA, HARTZ, 2005). Foi enviada por e-mail uma pergunta aberta: “Qual a sua compreensão sobre o trabalho em rede?” Foram obtidas 15 respostas que, sistematizadas, compuseram categorias empíricas de abordagem dos dados.

A terceira etapa consistiu da realização de um grupo focal com 15 participantes da pesquisa que, no seu cotidiano de trabalho, prestam assessoria aos CEREST.

Foram propostas para discussão duas questões abertas: A primeira foi: “Quais as competências necessárias às equipes técnicas dos CEREST para

desempenhar as atribuições?” E, a segunda: “Quais os principais problemas a serem enfrentados?”

O grupo focal, no caso, não foi gravado; contudo, contou com um observador e relator e com a produção escrita e verbal dos participantes.

Foram utilizadas duas perguntas norteadoras para a discussão do grupo focal e feito um ajuste metodológico com o propósito de concluir com um produto validado.

Foram formados subgrupos que discutiram e responderam às questões, tendo como fundamento a “definição de CEREST” e “suas atribuições”.

Após esta etapa, seguiu-se o momento coletivo de discussão sobre as percepções dos problemas existentes, as competências necessárias e as propostas para a solução dos problemas.

Foi feito o registro escrito por cada subgrupo, que incluiu as proposições e os consensos das conclusões e das discussões em grupo. Posteriormente, estes dados foram consolidados pela pesquisadora, agregando as anotações do observador e relator.

A quarta e a quinta etapas do trabalho de campo, das quais participaram respectivamente 29 e 15 participantes, consistiram da realização de oficinas de trabalho para construção de consensos, validação e inclusão de novas proposições nas matrizes de competências/conteúdos e problemas/propostas.

Estas foram elaboradas previamente pela pesquisadora, com os dados coletados no grupo focal e documentos técnicos, e organizadas na forma de um questionário semiestruturado com espaço para respostas objetivas e para registro escrito (APÊNDICE 3).

Na ocasião, foi realizada uma apresentação sobre a rede com dados obtidos pela aplicação do Método Delfos ajustado, complementados por referencial teórico (APÊNDICE 4).

Como material de consulta foi entregue em forma de um quadro de atribuições das diferentes instâncias da RENAST (APÊNDICES 5, 6), e matrizes contendo problemas e propostas para validação, as opções foram: (01) pertinente, (02) indicado para exclusão com justificativa, (03) inclusão.

Por fim, cada subgrupo apresentou as suas percepções para o grupo, recebendo validação, exclusão ou reformulação.

As matrizes contendo os registros foram então recolhidas para sistematização e análise.

A sexta etapa do trabalho de campo ocorreu durante o III Encontro Estadual com Gestores Municipais da Saúde de Municípios Sede de CEREST (BAHIA/2014), ocorrido em março de 2014, em Salvador, do qual participaram, no total, 15 coordenadores e técnicos dos CEREST.

A oficina de trabalho foi iniciada com uma apresentação dos objetivos e metodologias para a construção do Programa de Educação Permanente.

Após isto, foram constituídos dois subgrupos no qual dois técnicos da DIVAST atuaram como mediadores. Foram discutidas a matriz de problemas/propostas e a matriz de competências apresentadas, num questionário semiestruturado, com espaço para registro escrito (APÊNDICE 7).

Na etapa coletiva, foram justificadas exclusões, pertinências e inclusões. O grupo sistematizou e entregou a matriz aprovada com 100% de aquiescência.

## **2.6 Análise dos dados**

As informações obtidas na pesquisa documental e revisão de literatura foram utilizadas como fontes de informação e de verificação. Para análise dos dados primários coletados na pesquisa de campo, buscou-se o referencial da análise de conteúdo, muito utilizada na pesquisa qualitativa. Segundo Bardin (2006), a análise de conteúdo é constituída por três fases de tratamento dos dados. Inclui a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados.

A pré-análise é a fase na qual se organiza o material a ser analisado, sistematizando as ideias iniciais por meio de uma leitura geral dos dados coletados, demarcando o que será analisado e formulando hipóteses ou objetivos. (p. 103).

A exploração do material constituiu da definição de uma classificação e de uma codificação. A classificação dos elementos constitutivos de um conjunto foi feita por diferenciação e, depois, reagrupadas por analogia, de acordo com critérios previamente definidos.

No caso, foram descritos dois grandes eixos denominados RENAST e Educação Permanente. As categorias são classes que reúnem, sob um título escolhido, um grupo de elementos em razão seus caracteres comuns. Foram também identificadas unidades de significação e de contexto. (BARDIN, 2006, p. 117).

Esta etapa, de classificação e de formação de categorias, possibilitou interpretações e inferências por meio de uma descrição analítica dos dados coletados, submetidos a um estudo orientado pelas hipóteses e referenciais teóricos.

A etapa do tratamento dos resultados permitiu sistematizar e destacar informações da análise, culminando com interpretações e inferências compostas, através da análise reflexiva e crítica, à qual foram agregadas as

percepções decorrentes da experiência vivencial da pesquisadora (BARDIN, 2006, p. 103).

Foi elaborado um plano de análise para o qual foram definidos dois grandes eixos, como já sinalizados anteriormente: RENAST e Educação Permanente. Cada um deles contou com um quadro de referências, dados empíricos coletados junto aos participantes.

O primeiro eixo – RENAST - teve como quadro de referência a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, as Portarias e Decretos que regulamentam as ações de Vigilância a Saúde do Trabalhador, o Plano Estadual de Saúde do Trabalhador-PLANEST/BA e a Comissão Intergestora Bipartite - CIB-Resolução nº 084. Outros elementos foram encontrados nos relatórios de gestão, relatórios de ações de formação, de avaliação, quadrimestrais e técnicos da DIVAST.

O segundo eixo - Educação Permanente -configurou um quadro teórico incluindo proposições que contribuem para o *empowerment* dos sujeitos, reconhece-os como pessoas ativas e críticas, como cidadãos e como trabalhadores que buscam, no trabalho, um espaço de crescimento pessoal e profissional e coerente com a Política Nacional de Educação Permanente.

Para identificar a percepção dos sujeitos que atuam nos serviços, adotou-se o referencial teórico sobre espaços multireferenciais de aprendizagem de Jacques Androino (2003) e de Barbier (2003), que permitem inclusão de sentidos e significados a partir dos sistemas de referência, do mundo interior e do mundo exterior dos sujeitos, com suas múltiplas representações.

Como base para o Programa de Educação permanente, metodologicamente, foi feita a opção pela educação por competência, de forma a incluir as pessoas no seu ambiente de trabalho e suas visões de mundo.

Definiu-se, então, o conceito de competência como a apropriação de conhecimentos mobilizados para ação criativa e resolutiva dos problemas que emergem no cotidiano dos serviços. Inclui a personalidade, mobilização de saberes, o contexto e articula a dimensão interna do sujeito com dimensão externa do mundo social (MACHADO, 2002).

Para análise dos resultados, foi feita a correlação entre as atribuições e as capacidades necessárias para cada área de atuação dos CEREST e construído um mapa de capacidades ou matriz de conteúdos, habilidades e atitudes para compor um conjunto mínimo de competências a serem desenvolvidas com o Programa de Educação Permanente.

Para monitorar e acompanhar, avaliar e definir indicadores seguiu-se o mesmo critério de identificar e correlacionar as normatizações e a percepção dos participantes da pesquisa.

De posse dos resultados da pesquisa qualitativa realizada, elaborou-se bases para um Programa de Educação Permanente de acordo com o quadro teórico proposto.

## **2.7 Breves comentários sobre o campo**

O trabalho de campo foi facilitado pelo interesse institucional e coletivo de repensar as ações de formação. Em todas as etapas, foram feitos convites por e-mail e foram obtidas respostas, em número significativo, de participações voluntárias. Toda a instituição e os participantes da pesquisa cooperaram de forma significativa para possibilitar o desenvolvimento de todas as etapas do trabalho de campo, contribuindo assim com o desenvolvimento deste estudo.

O potencial de um trabalho coletivo se revelou no trabalho de campo, quando o grupo focal e as oficinas de trabalho promoveram reflexões sobre necessidades do processo de trabalho dos próprios profissionais da DIVAST. Incluiu um levantamento de problemas e propostas para a esfera de ação do

Ministério da Saúde, as Diretorias de Vigilâncias em Saúde do Estado, a DIVAST, o CESAT, as DIRES e as SMS.

O trabalho de campo requereu um exercício de distanciamento da pesquisadora, de modo a se colocar com observadora, uma vez que a mesma faz parte do grupo de trabalho de muitos dos participantes da pesquisa, há oito anos. Por um lado, este fator facilita a compreensão de alguns processos e, por outro, implica num esforço necessário de abstração e de distanciamento.

## **CAPÍTULO II**

### **A REDE NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR/BA E BASES PARA UM PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA AS EQUIPES TÉCNICAS DOS CEREST**

Este capítulo está dedicado a apresentar os resultados do processo investigativo. Apresenta tanto resultado de estudos documentais e bibliográficos, como do levantamento de percepções dos profissionais de saúde do trabalhador nos Centros de Referência Estadual em Saúde do Trabalhador no Estado da Bahia (CEREST/BA). A intenção com o uso dessas duas fontes de informação era criar um quadro de compreensão tanto da rede de atendimento à saúde do trabalhador no estado, como também fornecer subsídios para a elaboração de um Programa de Educação Permanente, tendo em vista aprimorar o desempenho e ampliar o alcance das ações de saúde do trabalhador desenvolvidas pelos CEREST/BA e RENAST/BA.

Deseja-se que, com esse relato, se possa compreender melhor como está estruturado o atendimento à saúde do trabalhador no Estado da Bahia, assim como suas carências, possibilidades e necessidades.

Deseja-se ainda que o conteúdo deste capítulo possa servir de base para a efetivação de um Programa de Educação Permanente para os profissionais que atuam na área, condição necessária para a qualidade da ação e para a produtividade em qualquer instituição, seja ela pública ou privada; aqui, no caso, uma pública.

O relato será efetuado através de dois eixos temáticos: (01) a Rede Nacional de Saúde do Trabalhador do Estado da Bahia - RENAST - sua estrutura, sua composição, suas potencialidades e suas necessidades; e (02) Bases para um Programa de Educação Permanente, onde será explicitado o que se entende por Educação Permanente, suas exigências, assim como aquilo que os

profissionais hoje atuantes na área identificam como carências, necessidades e possibilidades.

Com esses recursos em mãos, poder-se-á, então, partir da seleção dos elementos componentes do Programa, associado à elaboração de um Plano Operativo para Educação Permanente dos CEREST/BA, etapas estas a serem feitas pela instituição gestora, a DIVAST, espera a autora desta dissertação, que venha a ser profícuo e produtivo.

## **1 RENAST BAHIA**

Neste eixo temático será abordada a Rede Nacional de Saúde do Trabalhador do Estado da Bahia - RENAST/BA -, através de dois recursos investigativos. O primeiro deles está assentado sobre o estudo de documentos oficiais constituintes da compreensão e da determinação da saúde do trabalhador, assim como de outros escritos por autores diversos comprometidos com o mesmo tema. O segundo, sob a forma de itens, caracteriza a RENAST/BA seja por suas características identificadas em documentos, seja sob as características percebidas e elaboradas pelos participantes da investigação empírica, configuradas no capítulo anterior.

Os estudos aqui relatados possibilitam o desenho de um quadro das proposições da Rede Nacional de Saúde do Trabalhador, percepção e compreensão necessária a todos os profissionais que atuam nessa área no Estado da Bahia, onde se desenvolveu esta investigação, mas, afinal, a qualquer profissional que atue nessa área em qualquer parte do país, uma vez que a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora abrange o país por inteiro.

### **1.1 Rede Nacional de Saúde do Trabalhador implantada na Bahia: um estudo documental e bibliográfico**

**1.1.1 Primeiro um pouco de história** A trajetória histórica do Brasil, no que se refere ao campo da saúde, apresenta-se marcada por lutas de classe e

disputas de poder político com momentos de obscurantismo, como ocorreu no período da ditadura militar, e momentos fulgurantes, nos quais os movimentos populares lutaram pelo direito à saúde.

Neste contexto, segundo Paim (2012), foram instituídos os princípios da Reforma Sanitária Brasileira, decorrente da nova constituição, proclamada em 1988, na qual foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS) (p.11). Em 1990, foi promulgada a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90), na qual estão explicitadas as atribuições e a organização do SUS.

No contexto da Reforma Sanitária Brasileira e na luta pela redemocratização do país, desde a década de 70, com os movimentos sociais e sindicais, os trabalhadores passaram a reivindicar o direito à Saúde do Trabalhador e sua inclusão nos serviços de saúde.

Instituída por meio da Portaria Federal GM/MS nº 1.823, em 2012, a Política Nacional do Trabalhador e da Trabalhadora (BRASIL, 2012) resultou de uma construção coletiva através dos processos que deflagraram a reforma sanitária.

Desde 2001 até 2010, essa Política foi amplamente discutida em grupos técnicos, instituições universitárias, instâncias de gestão e de controle social e foi à consulta pública quando recebeu contribuições de conselhos e comissões diversas.

Ela define princípios, diretrizes e estratégias para o desenvolvimento da atenção integral à Saúde do Trabalhador, com ênfase na vigilância, estabelecendo um novo marco regulatório de atribuições e áreas de competência em Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) (BAHIA, 2014, p.6).

**1.1.2 Atendimento a saúde do trabalhador no Brasil** A Saúde do Trabalhador integra o campo da Saúde Coletiva, possui pressupostos e princípios éticos, é parte e deve articular-se com todos os demais componentes da rede SUS, inclui a participação e o controle social, a responsabilidade sanitária de

gestores e de profissionais de saúde. Inclui também a concepção de transversalidade, inter e transdisciplinaridade e articulação com as demais políticas do SUS.

O campo da **VISAT** (Vigilância da Saúde do Trabalhador) é específico (BRASIL, 1998) e tem [...] “como objetivo a relação da saúde com o ambiente e os processos de trabalho abordados por práticas sanitárias, desenvolvidas com a participação dos trabalhadores em todas as etapas”[...] (p.7).

A VISAT, componente do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde, tem o seu objetivo esclarecido (BRASIL,1998) no Anexo I do texto legal acima citado, inciso 7:

[...] promoção da saúde e a redução da morbimortalidade da população trabalhadora, por meio da integração de ações que intervenham nos agravos e seus determinantes decorrentes dos modelos de desenvolvimento e processos produtivos. Constitui um processo pedagógico que requer a participação dos sujeitos e implica assumir compromisso ético em busca da melhoria dos ambientes e processos de trabalho(BRASIL, 1998, p. 38).

O campo da Saúde do Trabalhador é complexo, seu objeto está interligado ao mundo do trabalho, incluindo conflitos de poder, pressões do mercado e do capital.

Para trabalhar nesta área, são necessários, pois, profissionais e equipes técnicas que atuem com abordagem interdisciplinar, capazes de articular e transcender as especificidades das áreas estritas de conhecimento, com adequada compreensão dos processos de trabalho, dos avanços tecnológicos e das relações do mundo do trabalho em toda sua complexidade (MINAYO, 1992, MINAYOG.e COSTA, 1997).

No Brasil, a descentralização das ações em Saúde do Trabalhador é um processo que envolve as três esferas de governo, cada qual com atribuições específicas obedecendo aos dispositivos legais e, no nível municipal, a área de abrangência é regionalizada.

A **RENAST**- Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador- articula o Ministério da Saúde, as Secretarias Estaduais de Saúde e as Secretárias Municipais.

No caso, o modelo de atenção proposto deve operar em rede e integrar ações de promoção, prevenção, assistência e vigilância. Inclui ainda a atenção básica, média e de alta complexidade ambulatorial, pré - hospitalar e hospitalar da rede SUS (BAHIA,2014, p. 27).

As redes de atenção em saúde são definidas por Mendes (2010) como:

[...]organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e com equidade – com responsabilidades sanitárias e econômicas e gerando valor para a população (MENDES,2010, p. 2300).

O funcionamento de uma rede envolve a dimensão política, gerencial, estrutural, administrativa e financeira. Integra diferentes níveis federados, sistemas e serviços de saúde e processos de trabalho.

O trabalho em rede fundamenta-se no uso da economia de escala, suficiência e qualidade, disponibilidade de recursos, financiamento tripartite, integração vertical e horizontal; gestão integrada dos sistemas de apoio administrativo, do clínico e logístico; ação inter-setorial e gestão baseada em resultados (MENDES, 2010, p. 2301).

As Redes de Atenção à Saúde devem atuar em uma ou várias **REGIÕES DE SAÚDE**, definidas no Decreto 7.508/2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/90 como:

[...] espaços geográficos contínuos constituídos por agrupamentos de Municípios limítrofes [...] com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. São instituídas pelo Estado de forma articulada com os Municípios, respeitadas as diretrizes gerais pactuadas na CIT e são referência

para as transferências de recursos entre os entes federativos (BRASIL,2012,p. 6).

Na Bahia, no âmbito da Secretária de Saúde do Estado da Bahia (SESAB) e da Superintendência de Vigilância e Proteção à Saúde (SUVISA), a Diretoria de Vigilância e Atenção à Saúde do Trabalhador (DIVAST) é a instância responsável pela coordenação da Política Estadual de Saúde do Trabalhador e pela gestão da Rede Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador Bahia-RENAST-BA no território estadual(BAHIA, SESAB, 2010, p.13).

A DIVAST coordena o Centro de Referência Estadual da Saúde do Trabalhador Salvador Allende (CESAT). Esta diretoria desenvolve ações de fomento, acompanhamento, assessoria e formação para as equipes técnico-dirigentes das instâncias da RENAST-BA e Secretarias Municipais de Saúde (SMS), com o propósito de fortalecer o processo de descentralização das ações de Saúde do Trabalhador, de forma integrada, articulada e intersetorial (FERNANDES e REGO, 2011, pg.156).

A população alvo da RENAST-BA inclui o trabalhador urbano e o rural, independentemente do vínculo empregatício e previdenciário, servidores públicos, empregados domésticos, trabalhadores autônomos, informais e desempregados. Abrange crianças e adolescentes, nas ações de combate ao trabalho infantil e adolescente, nas ações de proteção ao trabalho do menor-aprendiz. (BRASIL,2012).

**CEREST.**No nível regional, a instância responsável pelo desenvolvimento de ações em Saúde do Trabalhador é o CEREST, responsável pela coordenação e execução de ações especializadas. Suas atribuições, no âmbito da RENAST, abrangem um largo espectro de competências dispostas no Capítulo IV, Das Responsabilidades, na Seção II, Das Atribuições dos CEREST e das Equipes Técnicas, no seu artigo 14 da Portaria GM/MS 1.823:

I-desempenhar as funções de suporte técnico, de educação permanente, de coordenação de projetos de promoção, vigilância e assistência à saúde dos trabalhadores, no âmbito da sua área de abrangência;

II – dar apoio matricial para o desenvolvimento das ações de saúde do trabalhador na atenção primária em saúde, nos serviços especializados e de urgência e emergência, bem como na promoção e vigilância nos diversos pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde;

III – atuar como centro articulador e organizador das ações intra e intersetoriais de saúde do trabalhador, assumindo a retaguarda técnica especializada para o conjunto de ações e serviços da rede SUS e se tornando pólo irradiador de ações e experiências de vigilância em saúde, de caráter sanitário e de base epidemiológica (BRASIL,2012,p.45).

Atualmente, a Bahia conta com 14 unidades de CEREST implantadas e uma em fase de implantação. Cada CEREST atua em uma região de saúde.

Dos 417 municípios, 251 fazem parte da área de atuação das unidades de CEREST, o que corresponde a 60% do total dos municípios baianos que abrangem, em seu conjunto, uma população estimada em 8 milhões e 400 mil habitantes.

As equipes técnicas dos CEREST são compostas por profissionais, na sua maioria, provenientes da área da saúde. Agregam também profissionais de outras áreas, de nível superior e médio. Possuem diferentes formas de contratação e algumas, vínculos precários (BAHIA, 2013).

**1.1.3 Capacitação de profissionais** A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora define como estratégica a capacitação destes profissionais.

Essa qualificação deverá considerar a necessidade de harmonização dos conceitos e valores, e de mudanças no processo de trabalho e nas práticas de saúde das equipes multiprofissionais nas três esferas de gestão do SUS, de modo a operar efetivamente como redes solidárias e compartilhadas e na perspectiva de viabilização de apoio institucional e matricial (BRASIL, 2012,p.45).

Nos seus 24 anos de funcionamento, a DIVAST vem promovendo ações de educação em serviço, constituindo-se como um centro de produção de conhecimento. A sua parceria com universidades tem possibilitado o desenvolvimento de pesquisas articulando as necessidades do serviço ao mundo da ciência.

Diferentes modalidades de ações de educação em serviço foram promovidas, mas, para este estudo, foram identificadas aquelas realizadas nos últimos oito anos. Incluiu um Programa de Educação Permanente de 2008 a 2009, oito cursos de Vigilância em Saúde do Trabalhador de 2010 a 2012, e, três edições do Curso Básico para Implementação de Notificação de Agravos e Doenças Relacionadas ao Trabalho (ADRT), duas das quais em Educação a Distância (EaD) de 2011 a 2014. Estas ações foram de reconhecida qualidade, com professores competentes, conforme avaliação dos participantes. (BAHIA, 2010, BAHIA, 2012).

Já existem estudos que nos auxiliam também a melhor configurar e compreender a questão da **Saúde do Trabalhador no Estado da Bahia**, em especial no que se refere à formação de pessoal e sua atuação profissional.

Um estudo feito por Santos e Vilasbôas (2012) identificou, nas ações realizadas nos últimos oito anos pela DIVAST, três modalidades de ações de formação, diferentes metodologias e instrumentos de avaliação.

Observou-se ainda a inexistência de uma proposta que integrasse as diferentes dimensões de conhecimento requeridas aos CEREST, como também o alcance limitado das propostas de cursos que abordaram conteúdos específicos. Do lado positivo, observou-se uma maior adesão das propostas cujo desenho metodológico agregou os alunos na construção do conhecimento e incluiu a dimensão subjetiva.

A **proposta de Educação Permanente** propunha uma abordagem integrada, e avaliação processual, contudo não foi replicada.

O estudo concluiu pela necessidade de instrumentos de avaliação mais precisos e pela elaboração de uma proposta de formação em serviço considerando as atribuições dos técnicos dos CEREST e articulada ao processo de trabalho (SANTOS, VILASBÔAS, 2012).

**1.1.4 Diagnostico de problemas na produtividade dos CEREST e configuração da necessidade de educação permanente** Entretanto, apesar destes investimentos, dois estudos - um de Silva, Baptista, Ayres, Chaves (2010) e outro de Sales (2014) - identificaram problemas na produtividade dos CEREST.

O primeiro estudo, uma avaliação de desempenho, revelou que [...] “50% possuem um desempenho regular, 34% possuem práticas consolidadas e 16% práticas incipientes” [...] e concluiu que os achados evidenciam que os CEREST/Ba [...] “não estão desempenhando integralmente o papel de centros de referencia regionais” (SILVA, BAPTISTA, AYRES, CHAVES, 2010, p.252).

O segundo estudo (SALES, 2014) apresentou uma análise epidemiológica sobre a produtividade dos 14 CEREST em 2013, considerando o tipo de ação desenvolvida e a media mensal. Para as ações de VISAT, em média mensal foram, 124 trabalhadores investigados; 54 nexos causais estabelecidos e, para 50% dos CEREST, em média uma inspeção/mês.

No estudo, a ação assistencial foi considerada incipiente, para a maioria dos CEREST, que em média, realizou doze ações de assistência em Saúde do Trabalhador, [...] “considerando o conjunto de ações desenvolvidas, percebe-se que a atuação dos CEREST têm sido predominantemente focadas em atividades educativas pontuais” [...] (SALES, 2014).

No estudo de Silva, Baptista, Ayres, Chaves (2010) já referido, também foi avaliada a implantação e a operacionalidade dos CEREST e a sua conformidade com o modelo de CEREST proposto em 2007 para a Bahia.

No caso, relevou a necessidade de novas estratégias para o processo de descentralização na Bahia:

A fragilidade de atuação dos CEREST termina também por evidenciar que existem lacunas não apenas no processo e implantação da RENAST, mas na atuação das DIRES, da Coordenação Estadual e do Centro de Referência Estadual que precisam ser superadas,

indicando a necessidade de reorganização na perspectiva de uma rede integrada ao SUS (Silva, Baptista, Ayres, Chaves, 2010, p.252).

Estes estudos apresentam um panorama da atuação dos CEREST indicando a necessidade de aumento da produtividade e induzem à reflexão sobre os problemas que dificultam aos Centros Regionais assumir o seu papel.

Ainda que tenham sido realizadas muitas ações de formação, a produtividade para a maioria dos CEREST mantém-se baixa, permanece a não assunção do papel como centro regional, num contexto permeado de lacunas e necessidades de reorganização da rede, ficando caracterizada a necessidade de ações de educação em serviço articuladas com o contexto na sua complexidade.

Um estudo exploratório de natureza histórica, realizado por Costa (2006) identifica pontos de interseção, identidade, trajetória de projetos e políticas relacionadas à formação profissional no setor saúde.

Os resultados encontrados demonstraram que substituir a cultura de treinamentos emergenciais por uma cultura de formação permanente, assumindo o trabalho como eixo estruturante das ações educativas, a descentralização do ensino e a utilização de metodologia da problematização, se afirmam como princípios transformadores das práticas.

Outro estudo sobre qualificação no campo da VISAT, no qual, Vasconcelos, Almeida e Guedes(2010)afirmam que a prática de formação em serviço não é usual, dependendo da ação voluntária de alguns profissionais.

Os autores destacam como dificuldade para a efetivação, a omissão do gerenciamento do sistema de saúde e a falta de capacitação técnica dos agentes públicos. Discutem as bases teórico-conceituais que norteiam a construção do campo da saúde do trabalhador e enfatizam que, entre as metodologias adotadas nos processos de educação permanente do SUS, a mais efetiva é a problematização.

Num estudo, realizado em outro espaço geográfico, o Rio Grande do Sul, feito por Sila, Franco, Pimentel, Leite, Pinno, Lima, Saraiva, (2011) sobre as concepções educativas das propostas de educação permanente em saúde, concluíram pela usual existência de duas tendências de concepções: uma mais tecnicista, com ênfase em treinamentos e capacitações em áreas restritas e, outra, inovadora, transversal, com construção participativa de propostas educativas que fomentam e contribuem para o fortalecimento e a consolidação do SUS.

Estes estudos sinalizam a necessidade de uma educação em serviço, continuada, que tenha por eixo o processo de trabalho e a construção coletiva. Que inclua a complexidade do campo da VISAT e as dificuldades de gestão. Que utilize metodologias ativas, capazes de estimular e implicar os profissionais a melhor compreenderem e assumirem de modo mais significativo suas práticas.

Entende-se, nesse contexto, que o pressuposto teórico da Educação Permanente constitui um referencial teórico apropriado para construção de um programa de educação continuada e necessária para as equipes dos CEREST com a reformulação de práticas.

Não se tem dúvidas que, para a elaboração de um programa de educação permanente torna-se necessária uma análise sobre os diferentes elementos que envolvem tanto a estrutura e objetivos do trabalho real dos profissionais envolvidos numa determinada tarefa.

Muito embora o trabalho prescrito esteja definido, normatizado, é relevante dar ênfase ao entendimento do trabalho real ou *vivo*, que se consolida no cotidiano dos serviços, envolve complexidades e contradições próprias do mundo do trabalho e das relações nele existentes conforme Merhy (2003).

No caso, importa compreender as necessidades dos profissionais e da instituição, o contexto onde o trabalho real acontece, os problemas prioritários e elaborar um programa de educação permanente para o trabalho específico.

Essa conduta certamente poderá contribuir para mudanças no panorama apresentado.

## **2 REDE NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DO TRABALHADOR - RENAST SEGUNDO PERCEPÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA**

Anteriormente, foi configurada a RENAST e seus impasses no que se refere ao desenvolvimento das suas atribuições por meio de documentos e estudos. No que se segue, configura-se a RENAST com base nas informações obtidas predominantemente, ainda que não em sua totalidade, através da percepção dos participantes da pesquisa, cujas expressões se seguem nesta dissertação.

Falamos em “predominantemente” devido ao fato de que, ainda, faremos uso da citação de alguns documentos oficiais, mas, agora de forma de itens.

Estes dados permitiram caracterizar a configuração da RENAST/BA, o contexto do trabalho dos CEREST/BA, os indicadores utilizados, como também os problemas prioritários. Essa configuração oferece subsídio de conteúdo a serem levados em conta nas atividades de Educação Permanente para os profissionais das equipes técnicas dos CEREST.

Para configurar a RENAST, tendo presente tanto os resultados dos estudos documentais e bibliográficos realizados como também os empíricos, foram definidos quatro grandes variáveis de conteúdos:

### **2.1 Estrutura normativa da RENAST**

### **2.2 Configuração da RENAST**

### **2.3 Problemas da RENAST;**

### **2.4 Propostas para os diferentes níveis de gestão da RENAST.**

#### **2.1. Estrutura normativa da RENAST**

Os dados estruturados e apresentados a seguir, têm sua base em documentos oficiais do governo brasileiro que definem as atribuições normatizadas dos CEREST/BA, que, por sua vez, são as instâncias de realização da Rede Nacional de Saúde do Trabalhador.

A análise destes dados permitiu delimitar a área de atuação dos CEREST e os indicadores necessários de monitoramento utilizados neste serviço.

Vale observar, previamente, que os três tópicos, descritos imediatamente abaixo, apresentam metas e indicadores que devem ser utilizados no cotidiano dos serviços dos CEREST.

Neste estudo, estas metas e indicadores foram aproveitados também como fonte de informação e de verificação e servirão como parâmetro para identificar em que medida as competências elencadas para o Programa Educação Permanente contribuirão para alcançar estas metas nas etapas de acompanhamento e de avaliação do programa.

**2.1.1 Indicadores da Programação Anual de Saúde (PAS)** normatizam as metas estaduais das ações de Saúde do Trabalhador e dos eixos estratégicos do PLANEST/BA, a saber:

- Proporção de municípios com casos de agravos ou doenças relacionadas ao trabalho;
- Proporção de municípios com ações de saúde do trabalhador desenvolvidas;
- Inspeções realizadas em ambientes e processos de trabalho pelas instâncias da RENAST (CESAT e CEREST);
- Trabalhadores atendidos nas instâncias da RENAST (CESAT e CEREST);
- Número de trabalhadores investigados (BAHIA, 2014, p. 1-3).

**2.1.2 Indicadores da DIVAST** normatizam a necessidade de identificar:

- número de casos de agravos ou doenças relacionadas ao trabalho notificados e
- número de ações de Saúde do Trabalhador desenvolvidas pelo município (BAHIA, 2014, p. 1-3).

**2.1.3 Indicadores para avaliação e monitoramento** sistematizam os indicadores para avaliação e monitoramento dos CEREST, que se seguem, definidos pela DIVAST/SUVISA/SESAB, e estão transcritos em conformidade com o texto original, a saber:

- [...] Número de inspeções realizadas em ambientes de trabalho pelas instâncias da RENAST (CEREST e CESAT);
- Número de trabalhadores atendidos (total de pacientes que chegam diariamente no acolhimento dos ambulatórios) nas instâncias da RENAST (CEREST e CESAT);
- Número de trabalhadores investigados (total de pacientes absolvidos, ou seja, que geraram 1º consulta no ano ou abertura de prontuário) nas instâncias da RENAST (CEREST e CESAT) (BAHIA, 2014).

Os dois próximos tópicos contêm as atribuições da coordenação e das equipes técnicas dos CEREST, com base nas ações a serem executadas em Saúde do Trabalhador, apresentam-se também como fonte de informação e de verificação.

**2.1.4 Atribuições normatizadas** configuram o papel dos CEREST, enquanto centros de retaguarda técnica para as ações de ST nos âmbitos local e regional, definidos na Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, Portaria GM/MS nº 1823/2012, na Portaria GM/MS nº 2.728/2009 e na Resolução CIB-BA nº 084/12, no PLANEST-BA 2011.

Nestes documentos legais e normativos foram definidas as atribuições da coordenação e das equipes técnicas dos CEREST.

Num evento realizado pela DIVAST --- III Encontro Estadual com Gestores Municipais da Saúde de Municípios Sede de CEREST (BAHIA/2014), ocorrido em março de 2014, em Salvador, junto aos secretários de saúde municipais e

coordenadores de CEREST, foram pactuadas práticas de gestão e atribuições das equipes técnicas.

As práticas de gestão foram as seguintes:

- [...] planejamento e programação;
- mecanismos de monitoramento, Relatório de Avaliação Quadrimestral (RAG);
- Mecanismos de participação social (Conselho Gestor /CIST);
- Sistemas de Informação (SIM, SIA-SUS, SIH-SUS, SINAN, SIAB);
- registro, monitoramento e análise das informações;
- organizar internamente e fortalecer equipes do CEREST;
- estabelecer divisão de tarefas e fluxos internos adequados;
- organizar internamente e fortalecer equipes do CEREST com perfil e número adequado;
- planejar e gerenciar ações de ST realizadas diretamente no município sede de CEREST e disponibilizar apoio técnico a VISAU do município da área de abrangência;
- estabelecer divisão de tarefas e fluxos internos adequados (BAHIA, 2014).

As atribuições das equipes técnicas dos CEREST foram descritas como se segue abaixo, transcritas em conformidade com o original:

- [...] Aumentar a produtividade segundo a capacidade instalada para ações assistenciais e de VISAT.
- Utilizar e/ou instituir mecanismos de referência e contra referência com a rede.
- Alimentação do SIS (1) (SIM, SIA-SUS, SIH-SUS, SINAN, SIAB) notificação e investigação as ADRT.
- Registro, monitoramento e análise de informações. Fortalecer e qualificar as equipes técnicas da rede municipal.
- Planejar capacitações a serem reproduzidas pelas equipes dos CEREST para as equipes da atenção básica, unidades de

urgência e emergência, rede especializada, no município sede e na área de abrangência; estas em colaboração com a DIRES.

- Atuar regional: retaguarda técnica para os municípios da RS desenvolverem ações de ST, em articulação com as DIRES. Elaborar o plano de ação e orçamento correspondente.
- Executar as ações de ST diretamente no município sede de CEREST e disponibilizar apoio técnico a VISAU do município da área de abrangência (BAHIA, 2014).

**2.1.5 Eixos de atuação dos CERESTs** são ações de Saúde do Trabalhador consoantes aos Eixos Estratégicos do PLANEST, descritos, a seguir, conforme consta no documento do PLANEST/BA:

- Análise da situação de saúde do trabalhador: “identificar atividades produtivas, do perfil sócio ocupacional e das situações de potencial risco à saúde do trabalhador no âmbito dos municípios da região de abrangência”.
- Vigilância epidemiológica em saúde do trabalhador: “cumprimento das notificações e investigação de agravos relacionados ao trabalho”.
- Vigilância de ambientes e processos de trabalho: “identificar os fatores de risco ocupacionais em ambientes de trabalho que já são regularmente inspecionados pela VISA a fim de reconhecer os riscos à ST e expedir recomendações de medidas de proteção e prevenção”.
- Atenção integral em saúde do trabalhador na rede SUS: “levantamento da capacidade instalada versus perfil da demanda assistencial em saúde do trabalhador, bem como a definição e fortalecimento da rede e dos serviços de referência, para estabelecimento de fluxos de atenção aos agravos relacionados ao trabalho.”
- Formação e educação permanente em saúde do Trabalhador: “atividades que visem à formação continuada dos profissionais da rede SUS para o atendimento das demandas em saúde do trabalhador”.
- Controle Social: “Atividades que visem a implementação de instâncias do controle social e a participação dos diversos atores sociais nas demandas”.
- Gestão: “planejamento, monitoramento e avaliação das demandas em saúde do trabalhador, almejando a organização e funcionamento adequado da sua unidade, como RH, infraestrutura entre outros” (BAHIA, 2014).

Os itens acima permitem fazer uma análise correlacionando as atribuições com as competências necessárias para cada área de atuação dos CEREST, descritas junto aos conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias ao seu desenvolvimento.

Deste modo, subsidiam a composição do conjunto de capacidades a serem desenvolvidas com um Programa de Educação Permanente, ao qual foram agregadas as competências identificadas com base no contexto e na percepção dos participantes da pesquisa, que se apresentaram mais claramente a partir da análise da segunda variável, que se segue abaixo.

## **2.2 Configuração da RENAST**

Para a configuração da RENAST foram levados em conta dois aspectos:

### ***2.2.1 “Ideal de rede”.***

### ***2.2.2 “Rede real”.***

#### ***2.2.1 Ideal de rede***

A análise da variável “ideal de rede” revelou o alcance da compreensão dos atuais profissionais da instituição, evidenciando um significativo conhecimento sobre atributos da rede tais como definição, tipos de relações, objetivos e possibilidades.

Permitiu, assim, identificar a existência de uma rede ideal ou uma imagem objetiva de rede, mas não revelou a rede existente, com exemplos de processos e peculiaridades do cotidiano de um sistema ou serviço de saúde que opera em rede.

O “ideal de rede” foi configurado por seis necessários componentes, sem os quais a rede de saúde não pode funcionar.

2.2.1.1 “*Legislação*”.O componente “legislação” do ideal de rede, definido pelo grupo de participantes da pesquisa (GPP) como a “existência de diretriz na política de saúde”, encontra a sua fundamentação na publicação da Portaria GM/MS nº 4.279, de dezembro de 2010, que dispõe sobre a organização de redes integradas de atenção nos sistemas municipais e estaduais de saúde, esclarece e normatiza o funcionamento das redes.Uma rede, a fim de que não se disperse necessita de normas que lhe ofereçam um contorno de composição e atuação.

2.2.1.2 “*Gestão, integração e trabalho*”.Na opinião dos participantes, a RENAST:

- [...] deve ter a capacidade de definir objetivo comum, pactuar e compartilhar responsabilidade;
- necessita de novo paradigma de gestão;
- deve articular com serviços de atenção à saúde;
- deve integrar a dimensão política, gerencial e operacional para promover mudanças nos fluxos;
- deve manter interdependência e mecanismos de organização dos processos (GPP).

Estes indicadores de ações da RENAST correspondem ao que MENDES (2010) definiu como redes integradas, ou seja, “conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população” (MENDES, 2010, p. 2300).

2.2.1.3 “*Relações cooperativas e valores*”.Quanto às relações cooperativas e valores, os participantes indicam para a RENAST:

- [...] a necessidade de vínculos horizontais [e que] reúna múltiplos saberes;
- [necessidade de] interação entre profissionais, equipes e instituições, com fluxos que permitem a troca de serviços,

abertura para o diálogo, autonomia, compromisso, responsabilidade (GPP).

Os profissionais participantes da pesquisa compreendem que estes aspectos são necessários e podem ser desenvolvidos numa instituição; e, para tanto, requerem um modelo de gestão específico, com missão, visão e valores da instituição definidos e compartilhados pelas pessoas que nela trabalham.

2.2.1.4 “*Comunicação*”. Segundo os participantes da investigação, não há rede sem “comunicação, fluxo informação, organização de consenso, sensibilização dos integrantes, saberes compartilhados e comunicação articulada” (GPP).

Nos três tópicos descritos acima observou-se um elenco de atributos que caracteriza a rede, como definida pela Portaria que a instituiu a GM/MS nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010: “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas, por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.”

As características e o funcionamento de uma rede incluem ainda: relações horizontais entre os diferentes pontos da atenção; atenção primária à saúde como centro de comunicação e organização; ações planejadas e organizadas segundo as necessidades de saúde da população; oferta de atenção contínua e integral por equipe multiprofissional; objetivos e compromissos compartilhados; busca de resultados sanitários e econômicos (BRASIL, 2012).

A análise das partilhas dos profissionais participantes da investigação evidenciou que os mesmos revelam não deter conhecimentos sobre gestão financeira de um sistema ou de um serviço que opera em rede.

Estes conhecimentos incluem o uso da economia de escala, a integração vertical e horizontal, a gestão integrada dos sistemas de apoio administrativo, clínico e logístico, gestão baseada em resultados e ação intersetorial (BRASIL, 2012).

2.2.1.5 “*Benefícios do trabalho em rede*”. Os participantes acreditam que o trabalho em rede traz benefícios, afirmando que ele:

- [...] permite compartilhar objetivos e procedimentos,
- permite interações entre diferentes instâncias institucionais,
- permite mais rapidez nos processos e descentralização de ações;
- é mais coerente com o objeto da saúde;
- possibilita em ações conjuntas;
- considera as necessidades da população;
- busca efetividade e eficácia nos serviços prestados (GPP).

Estes são os benefícios do trabalho em rede, quando esta se efetiva no cotidiano do serviço. Ou seja, quando uma rede opera com qualidade, potencialmente, alcança estes benefícios.

2.2.1.6 “*Desafio do trabalho em rede*”. Contudo, o trabalho em rede, segundo os participantes também apresenta seus desafios:

- [...] sistema aberto, desafiador e criativo que requer novos referenciais teóricos como o da complexidade;
- é mais coerente com o objeto da saúde; é difícil gerir uma rede formada por muitos pontos e sem hierarquia (GPP).

As indicações, acima expostas, sobre o trabalho em rede enfatizam a carência de modelos de gestão capazes de alcançar toda a complexidade de uma rede como a RENAST/BA. Coloca em destaque a necessidade de um referencial teórico que subsidie a prática da gestão em rede diante da complexidade da saúde e, em especial, da Saúde do Trabalhador, por incluir a relação capital-trabalho e intersectorialidade.

Tais indicações permitiram ainda caracterizar a existência de um ideal de rede, como apresentaram um significativo conhecimento teórico dos técnicos sobre

alguns atributos da rede; revelaram lacunas na informação sobre modelos de gestão de rede, incluindo a gestão financeira e a organização do processo de trabalho em rede. Evidenciaram, no plano do ideal, os benéficos do trabalho em rede.

Ficaram destacados os desafios para o trabalho em rede, um deles, a intersectorialidade, que encontrou correspondência com os achados da pesquisa feita por Lima e Vilasboas (2011) sobre a implantação das ações intersectoriais de mobilização para o controle da dengue na Bahia, no qual as autoras concluem que, para o avanço das práticas intersectoriais, [...] “faz-se necessário não só o compromisso coletivo e governamental, mas também equipe condutora responsável pelo trabalho, a qual tenha capacidade técnica e política, além de tempo para conduzir, acompanhar e avaliar” [...] (p.1517).

Outros desafios, que Lima e Vilasboas identificaram, se referem às barreias disciplinares existentes e a necessidade de encontros periódicos com representantes intersectoriais. Por fim, afirmam que, na prática, a intersectorialidade ficou limitada ao plano da retórica, e permanece um desafio a ser conquistado (p.1518).

### **2.2.2 A rede real**

A rede real é aquela que existe segundo a percepção dos profissionais que atuam nos CERET/BA. É a rede que cada participante percebe que existe no seu funcionamento atual, assim como suas carências e necessidades de melhoria. Então, por vezes, os depoimentos dos profissionais aparecem tanto sob a forma descritiva como sob a forma de desejo, “daquilo que deve ser”.

O segundo componente para a configuração da RENAST, segundo o olhar dos profissionais que participam das CEREST, é a “rede real”, que se configurou através de seis variáveis empíricas. A análise destes dados, obtidos pela pesquisa de campo, possibilitou identificar características do contexto do trabalho e da configuração da RENAST.

2.2.2.1 “Sobre organização da rede”.O que se segue abaixo incluiu dados escritos e verbalizações transcritas, produzidos pelos profissionais participantes da pesquisa, a saber:

- “A RENAST é uma rede temática que não está organizada, não está implantada, não é compartilhada com todos os atores envolvidos no âmbito Federal, Estadual e Regional”;
- “Trata-se de uma estratégia que embora explicitada no discurso do MS e da DIVAST, de fato não se traduz em intervenção concreta”;
- “Existe a falta recursos humanos e financeiros, a ausência de vínculos horizontais entre CEREST e Atenção Básica, o número de CEREST é insuficiente e com baixa capacidade operacional; falta de priorização de ST” (GPP).

2.2.2.2 “Sobre a constituição da rede”.No que se refere à constituição em rede, as falas dos participantes foram as seguintes:

- “Se é uma rede temática, que pertence ao SUS, porque quando se fala na RENAST/BA aqui se fala de CEREST e DIRES e não nas instâncias macro que são as gestoras do SUS?”;
- “A rede se estabelece basicamente, pelo CEREST que, na grande maioria não tem estrutura nem equipe especializada para cumprir todas suas funções” (GPP).

Observa-se uma discrepância que faz presente nos depoimentos citados. Por um lado, indicam que a rede é apenas os CEREST, mas, em outro momento, estão incluídos também as DIRES e DIVAST; e, por fim, os depoimentos ainda indicam que a RENAST/BA deveria incluir a rede SUS e suas redes temáticas, registrando-se, o que se traduz por uma discrepância no entendimento da amplitude da rede (MENDES, 2009).

2.2.2.3 “Sobre a pauta na agenda e vontade política para consolidar a rede”.A respeito desse tópico os participantes sinalizaram:

[...] Para ser uma rede, ela deveria estar na pauta das agendas dos Gestores e não há este espaço. [...] Onde está a discussão sobre a implantação da RENAST como rede temática do SUS,

junto aos gestores federais, estaduais e municipais? Falta de vontade política dos gestores em priorizar a Saúde do Trabalhador no território; Algumas estratégias estão sendo utilizadas como o planejamento integrado, mas essas ainda não são operacionalizadas e não contemplam a atenção básica como porta de entrada[...] (GPP).

2.2.2.4 “*Sobre a imagem de rede*”.Nos depoimentos dos profissionais, se disse que [...] “A nossa imagem (de rede) não é só idealizada, é também reducionista e fragmentada” (GPP).

2.2.2.5 “*Sobre a transversalidade da rede*”.Os participantes consideram que não existe um entendimento do que ela seja:

[...] a rede de saúde não entende a transversalidade da Saúde do Trabalhador; nem todas as instâncias se compreendem como parte da rede; as outras redes de atenção do SUS não enxergam a transversalidade da Saúde do Trabalhador (GPP).

Os depoimentos dos profissionais sinalizam o reconhecimento de que a rede existente é considerada como não implantada, existindo também uma falta de consenso sobre a sua amplitude; como também um reconhecimento de que não há articulação com a rede SUS e suas redes temáticas. Sinalizam ainda uma dificuldade de pautar o tema nas agendas políticas associadas às indefinições políticas. Revelam que a desarticulação da rede SUS reflete-se na configuração da RENAST/BA. Aqui, reapareceram as dificuldades da gestão e da atuação das equipes nas redes.

Ainda que seja uma visão parcial, que certamente poderá ser aprimorada com outros estudos foram identificadas algumas características da RENAST/BA que afetam o cotidiano do trabalho das equipes técnicas dos CEREST.

Existe um ideal de rede no imaginário das pessoas e existe a rede real no cotidiano dos serviços. O trabalho de campo possibilitou aos participantes da pesquisa tomar consciência desta discrepância e isto permitiu reconhecer a idealização. Permitiu ainda identificar a rede real com sua fragilidade, sua fragmentação e sua incipiente implantação.

### **3 Problemas da RENAST**

Com base nos depoimentos dos participantes foi levantada uma série de problemas na rede:

**2.3.1 Sobre “problemas fora da governabilidade da DIVAST”**

**2.3.2 Sobre “problemas da gestão estadual”**

**2.3.3 Sobre “problemas da gestão”**

**2.3.4. Sobre “problemas da gestão do CEREST”**

**2.3.1 Sobre “problemas fora da governabilidade da DIVAST”:** são impasses que emergem para além dos domínios administrados pelos profissionais que participaram da pesquisa

- [...] A saúde do trabalhador não é priorizada no SUS;
- o CEREST possui uma composição política administrativa complexa que envolve receber recurso federal, ter política estadual, possuir gestão municipal e atuar de forma regional; [...]
- nos CEREST os vínculos de trabalho são precários, os salários são baixos e não existe um plano de carreira definido;
- em função disto, existe alta rotatividade de técnicos, o que dificulta aprofundar o conhecimento e desenvolver habilidades, consolidando competências necessárias as equipes técnicas (GPP).

**2.3.2 Sobre “problemas da gestão estadual”.** Foram levantadas algumas fragilidades do sistema:

- [...] Atenção Básica não incorpora as ações de ST e há dificuldade dos CEREST de articular com a atenção básica;
- baixo número de registros no SIA-SUS de ações de ST feitos pelos municípios;
- necessidade de maior reconhecimento da área de ST, com pouca sensibilidade e debate acerca das questões de ST nos municípios e regiões de saúde (GPP).

**2.3.3 Sobre “problemas da gestão”.**

- [...] os problemas de ST não são prioridade para gestores municipais em todas as esferas estadual, federal e municipal;
- na organização dos CEREST existe interferência das relações políticas da gestão municipal; alguns CEREST possuem coordenador sem perfil de gestor e sem formação em Saúde do Trabalhador;
- algumas equipes técnica não possuem formação em ST;
- existe falta de autonomia da coordenação e equipe dos CEREST no uso do financiamento do recurso RENAST;
- há pouca integração das DARES e VISAU dos municípios, equipe técnica reduzida e pouco capacitada para demandas específicas da região; rotatividade dos profissionais,
- falta de plano de carreira (GPP).

#### **2.3.4. Sobre “problemas da gestão do CEREST”:**

- [...] existência de falta de clareza dos técnicos entre saúde ocupacional e saúde do trabalhador;
- dificuldade de compreender a diferença entre a educação permanente e a educação em saúde;
- baixa autonomia coordenação dos CEREST;
- ocorrência de baixa articulação com as Secretarias Municipais e com o Conselho Gestor Municipal;
- persiste uma baixa articulação política dos CEREST com outras instituições parceiras para ações intersetoriais como o INSS, Ministério Público e sindicatos;
- pouca articulação com a Atenção Básica, as Redes temáticas do SUS e associações comunitárias;
- não atuação por área de abrangência do CEREST (GPP).

Como pode ser observado nesses depoimentos, existem problemas de diferentes ordens e complexidades. Compreende-se que estes problemas impactam no desenvolvimento das atividades dos CEREST, instância cuja equipe técnica mantém contato direto com a população dos trabalhadores.

Muitos dos problemas apresentados não estão sob a governabilidade dos CEREST, mas afetam o cotidiano de trabalho dos gestores e das equipes técnicas. Potencialmente respondem, em parte, pela dificuldade que estes

centros têm de assumir seu papel como centro regional e por sua baixa produtividade.

Este estudo não teve a pretensão de abordar todos os impasses sinalizados, mas, pretendeu apresentar, com essa descrição de resultados, o contexto no qual as equipes dos CEREST realizam suas atividades. Ainda que parcial e incompleta, entende-se que esta análise indica a complexidade do contexto do trabalho dos CEREST. Para o enfrentamento destas questões é requerida uma atuação nos diferentes níveis de gestão.

Algumas questões foram consideradas prioritárias pelos participantes da pesquisa. Algumas se referem à busca de estratégias de articulação com Atenção Básica, ao uso de estratégias de articulação com as redes temáticas e aos meios para promover a atuação regional, dentro dos limites da factibilidade. Outras foram descritas como busca de arranjos organizacionais adequados para gestão dos CEREST, meios para promover maior organização do processo de trabalho, formas de incorporar na rotina de trabalho a análise da situação de saúde. Outras ainda envolvem a proposta de desenvolver projetos técnicos articulados com evidência na área de abrangência delimitada. Para o desenvolvimento do Programa de Educação Permanente foi proposto o uso de metodologias ativas associadas ao apoio matricial.

## **2.4 Propostas para a RENAST**

Por fim, as propostas para a RENAST incluem três blocos de sugestões. Estas refletem o comprometimento dos participantes da pesquisa na busca de alternativas para os desafios do cotidiano do trabalho e poderão ser úteis para a gestão. Todas foram construídas e validadas coletivamente, sendo consideradas como pertinentes por 70% dos participantes.

**2.4.1 Quanto às “propostas para a gestão estadual”.** Dos 14 itens de propostas para a RENAST, sete delas foram consideradas pertinentes por 90% a 100% dos participantes, a saber:

- [...] Iniciar uma discussão sobre a composição política administrativa do CEREST que envolve recurso federal, política estadual, gestão municipal e atuação regional.
- Propor ao nível hierárquico mais central redesenhar esta composição;
- Realizar apoio matricial e institucional articulado com a educação permanente;
- Utilizar arranjos organizacionais de gestão mais eficazes que permitam relações horizontais;
- Ampliar o debate sobre as Redes; Propor espaços de formação para uso de diferentes tecnologias para ações de ST;
- Desenvolver um programa de educação permanente para a Rede, vinculado ao processo de trabalho e contexto dos CEREST;
- Incluir o trabalhador com protagonista da Educação Permanente, com o uso de metodologias ativas que possa contribuir para empoderar os sujeitos (GPP).

Outros sete itens obtiveram entre 70% a 80% de anuência dos participantes e foram:

- [...] Fortalecer as ações de ST junto a gestão municipal e ao SUS, incorporando a PNSTT;
- Ampliar a inserção de ações de ST em outras instancias da rede (Atenção Básica e Redes temáticas) diminuindo a expectativa e exigência sobre as equipes dos CEREST;
- Promover articulação entre o CEREST, a assessoria técnica, o centro de referencia estadual e uma proposta de Educação Permanente a ser construída pela DIVAST;
- Discutir e construir estratégias para instituir vínculo permanente para as equipe dos CEREST;
- Dar visibilidade a ST, evidenciando problemas relacionados ao trabalho com estudos que forneçam informações sobre impacto financeiro e epidemiológico dos problemas de ST nos três níveis de atenção e vigilância;
- Estimular articulação dos CEREST com os centros de pesquisa e produção de conhecimento;
- Contextualizar as características e demandas dos CEREST para que seja desenhada uma proposta pedagógica e de gestão (GPP).

Observou-se que existe consenso nas propostas para enfrentar os problemas da gestão estadual. Devido à complexidade e abrangência das propostas, é necessário um estudo específico para que se possam propor estratégias adequadas.

**2.4.2 Quanto às “propostas para a gestão municipal”**, as sugestões seguintes obtiveram entre 80% e 90% de anuência por parte dos participantes da pesquisa, a saber:

- Formalização do CEREST no organograma municipal;
- Planejamento local, com análise da situação de saúde do trabalhador e com inclusão das ações de ST nos Planos Municipais de Saúde (PMS) e Relatórios Anuais de Gestão das SMS (RAG).;
- Organização interna dos CEREST, com ênfase na recomposição e qualificação da sua equipe técnica e no perfil técnico-gerencial do coordenador;
- Regionalização das ações de ST, com ênfase nas discussões sobre o papel dos CEREST como retaguarda técnica na área de abrangência
- identificar estratégias para enfrentar os problemas da atuação regional.
- Buscar estratégias para uma gestão compartilhada entre a SMS e coordenação de CEREST, tornando públicas as informações, dando transparência ao uso do recurso;
- Estratégias de integração da ST na rede SUS municipal e nas redes temáticas do SUS (GPP).

As propostas descritas constituem desafios que devem ser enfrentados pelos gestores municipais, sejam prefeitos, secretários de saúde ou coordenadores de CEREST.

Contudo, a gestão descentralizada apresenta dificuldades relacionadas à jurisprudência sobre a atuação fora da área territorial dos municípios sede de CEREST. Nesta perspectiva, pode ser destacado que:

[...] os impasses no campo da gestão descentralizada retratam as dificuldades da gestão municipal em assegurar uma atenção básica resolutive e de qualidade e os entreses em viabilizar o acesso dos usuários que demandam por atenção especializada diante do insucesso na efetivação da proposta de regionalização preconizada na NOAS (VASCONCELOS et PASCHE, 2007, p. 553 e 552).

**2.4.3 Quanto às “propostas para a gestão dos CEREST”.** Foram detectadas cinco propostas 90% dos participantes, a saber:

- Definir as ações prioritárias dos CEREST, baseadas na realidade loco-regional, inseridos no planejamento de gestão;
- Aprimorar o planejamento, monitoramento e controle de recursos visando enfrentar prioridades;
- Desenvolver um modelo de gestão administrativa e técnica, com habilidade de gerir projetos técnicos articulados com evidências dos territórios;
- Controlar e tornar publico o uso dos recursos financeiros, junto a instancias de controle;
- Investir em ações de âmbito regional.

Estas propostas foram incluídas como componentes que geram bases para a construção do Programa de Educação Permanente.

Em síntese, neste tópico do capítulo II, RENAST/BA, foi apresentado um panorama da saúde do trabalhador no Brasil e na Bahia, sua história de lutas e conquistas, dentre as quais a Política da Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora é um marco.

Foi delineado um panorama das ações de saúde do trabalhador, ações estas que devem ser desenvolvidas em rede e integradas na rede SUS. Buscou-se conhecer esta rede na Bahia, a RENAST/BA, com base na pesquisa documental e através da perspectiva dos participantes da pesquisa, configurada a partir dos seus depoimentos. Dentro desse mesmo contexto, buscou-se identificar os problemas que impactam no processo de trabalho das equipes dos CEREST, o que configurou um diagnóstico.

Alguns problemas, entre os identificados, podem ser enfrentados pela gestão e pela equipe técnica dos CEREST. Porém, existem outros que ultrapassam essa possibilidade. Destacou-se, por exemplo, a importância do enfrentamento de problemas da gestão municipal, estadual e federal. Esses problemas são abrangentes e variaram desde a dimensão política, gerencial, administrativa até a gestão do trabalho em rede.

Emergiram ainda outras questões, tais como: a complexidade da atuação regional diante dos impedimentos legais para esta atuação; a necessidade de integração com Atenção Básica e com as VISA; a capacidade técnica das equipes para suas múltiplas atribuições; as diversas formas de contratação e fixação ao trabalho com vistas à consolidação da equipe.

Deste modo, ficou delineado o pano de fundo para o trabalho das equipes técnicas, suas atribuições normatizadas e os indicadores de avaliação utilizados. Todos estes elementos são indispensáveis para identificar as competências necessárias a estas equipes, as estratégias e caminhos que podem propiciar alcançá-las, o que será apresentado no tópico a seguir. As informações até aqui reunidas e sistematizadas podem subsidiar decisões na área de formação das equipes técnicas da área de saúde do trabalhador no Estado da Bahia, à medida elas apontam para possibilidades de atuação, mas também para carências em seus ambientes de atuação.

### **3 BASES PARA UM PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA AS EQUIPE TÉCNICAS DO CEREST DA RENAST NA BAHIA**

#### **3.1 Educação Permanente como base para a elaboração do programa de formação para os profissionais de saúde do trabalhador**

Neste tópico, será tratada Educação permanente sob dois focos metodológicos. O primeiro, abordando, por meio de estudos documentais e bibliográficos, o que significa educação permanente em geral e educação permanente nos serviços de saúde. O segundo, organizando a percepção dos participantes da pesquisa segundo variáveis comprometidas com a educação

permanente para as equipes técnicas de saúde do trabalhador no Estado da Bahia.

### **3.1.1 Educação Permanente em saúde no Sistema Único de Saúde: aspectos histórico-conceituais**

Para se elaborar um Programa de Formação para as equipes técnicas da área de Saúde do Trabalhador que tenha por pano de fundo a Educação Permanente, metodologicamente, importa configurar um entendimento sobre essa prática educativa no contexto da educação para a saúde. É o que fazemos a seguir.

Desde a década de 90, a partir de publicações da Organização Pan Americana de Saúde (OPAS), os princípios da Educação Permanente em Saúde começaram a ser discutidos. No Brasil, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004; BRASIL, 2009) tem estabelecido princípios e diretrizes para a formação, desenvolvimento e gestão dos trabalhadores da saúde, orientando a adoção da Educação Permanente como política, como recurso estruturante e como estratégia fundamental para a recomposição das práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e controle social do SUS (BRASIL, 2004).

A Educação Permanente visa incorporar o ensino e o aprendizado à vida cotidiana; modificar as estratégias educativas; problematizar o próprio fazer e conduzir a uma reflexão sobre o trabalho real assumindo trabalhar a equipe e reorganizar as práticas (BRASIL, 2004).

A Política Nacional de Educação Permanente tem por objetivo assegurar a qualidade e a resolutividade da atenção à saúde prestada à população, implementar programas e ações de educação permanente para os trabalhadores do SUS nos diferentes níveis da atenção.

O marco legal desta Política reúne cinco Portarias que dispõem e regulamentam o desenvolvimento destas ações: Portaria MS/GM nº

1.996/2007, Portaria MS/GM nº 2.813/2008, Portaria MS/GM nº 2.953/2009, Portaria MS/GM nº 4.033/2010 e a Portaria nº 2.200/2011. Estas Portarias definem diretrizes operacionais, estratégias, regulamentos e recursos financeiros para implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011).

A condução regional é feita pelas Comissões Intergestores Regionais-CIR com a participação das Comissões de Integração-Ensino-Serviço (CIES), instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes. (BRASIL, MS, SGTES, 2012, p.9).

A educação permanente em saúde admite duas vertentes: uma como política e outra como prática de ensino-aprendizagem.

A primeira, como política, inclui a dimensão das macro e microestruturas das relações de poder, da organização dos sistemas de saúde e suas relações, incluindo os processos históricos e consolidação do SUS, passando pelo entendimento e vivência do conceito de cidadania, que traz à cena toda a complexidade do trabalho em saúde.

A segunda vertente, como prática de ensino-aprendizagem, assume como eixo estruturante o cotidiano do trabalho, a problematização do fazer, contexto, gestão e do processo de trabalho. Deve reconhecer e incluir a experiência previa do aluno/trabalhador, seus potenciais, necessidades e sua busca de constituição como pessoa crítica, reflexiva e ativa no mundo do trabalho em saúde, com suas relações sujeitas a diferentes níveis de tensão. Busca promover relações horizontais para a construção coletiva do conhecimento, inclusão de novos elementos, um permanente diálogo com a prática e concepções teóricas vigentes, na busca da transformação da realidade (BRASIL, 2004).

A implementação de programas de educação permanente nos serviços públicos da rede SUS traz desafios associados à descentralização e à integração dos diferentes níveis das práticas de atenção e vigilância à saúde.

Inclui-se também o trabalho em rede, as características próprias das regiões de saúde e suas demandas diferenciadas, decorrente dos problemas de saúde da população.

Outros desafios estão associados à composição das equipes técnicas, compostas de profissionais com diferentes formações, níveis de formação variando do médio ao superior, sem especialização ou com, e neste último caso, *latu ou sensu e stricto sensu*. Ainda: os contratos e carga horária de trabalho são diferenciados, com vínculos que variam, desde os concursados aos precários (DIVAST, 2013).

A educação de trabalhadores dos serviços de saúde, por sua vez, tem especificidades. Duas questões são apontadas (MERHY, 2005) sobre a educação dos profissionais de saúde: a primeira se traduz pela necessidade de novas explicações para a relação entre educação em saúde e trabalho em saúde; entendida como relação em que um produz o outro e são inseparáveis.

A segunda se refere ao tipo de educação que deve ser construída no debate sobre a Educação Permanente:

Parece que estamos diante do desafio de pensar uma nova pedagogia - que usufrua todas as que têm implicado com a construção de sujeitos auto-determinados e comprometidos sócio-historicamente com a construção da vida e sua defesa, individual e coletiva – que se veja como amarrada a intervenção que coloca no centro do processo pedagógico a implicação ético-político do trabalhador no seu agir em ato, produzindo o cuidado em saúde, no plano individual e coletivo, em si e em equipe (MERYH, 2005, p.174).

Para Motta, Buss e Nunes (2001) o espaço de formação para o trabalho em saúde é considerado um espaço rico em oportunidades.

Neste espaço, relações de diferentes tipos, conceitos e legislações integram suas ferramentas e agregam valor ao processo de planejamento das ações de ensino, mas desafiam os educadores desta área a buscarem uma nova arquitetura para os processos de educação.

Eles consideram também que a complexidade da educação em saúde, no contexto atual, relaciona-se com a ampliação das áreas de competência do trabalhador (MOTTA, BUSS, NUNES, 2001).

Num estudo sobre o percurso da educação na história Machado (MACHADO, 2002) destaca que, na Antiga Grécia, o ensino de disciplinas tinha o objetivo de formar cidadãos, ofertando conhecimento e meios para desenvolver as pessoas e seus valores. Na Idade Média este sentido foi modificado e, no século XIX, subvertido com o maior desenvolvimento da ciência.

O conhecimento científico adquiriu valor próprio e o conhecimento, no sentido amplo, foi relegado o segundo plano. A crença da época era que a formação das pessoas, enquanto sujeitos críticos reflexivos cidadãos, decorreria destes estudos.

Esta mudança na organização das escolas, para atender aos novos objetivos da sociedade vigente, gerou uma fragmentação do conhecimento em disciplinas especializadas, causando impacto no processo educativo.

[...]a ciência(no pós guerra) como valor em si passou a ser questionada e esta crise cresceu a cada novo passo.[...] Esta crise levou a reformulação das propostas educativas no mundo e no Brasil, na busca de integrar conhecimentos e desenvolvimento das pessoas[...]. “O projeto da ciência não pode estar desvinculado do projeto a que serve, o projeto social, se realiza num cenário de valores socialmente acordados”[...]”A ciência serve às pessoas e qualquer proposta educativa deve visar o desenvolvimento de competências pessoais [...]. Os produtos e conhecimentos da ciência são meios, instrumentos para desenvolver projetos pessoais” (MACHADO,2002, p. 139).

A necessidade de implementar mudanças cresceu, envolvendo diversos países e, no Brasil, a aprovação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, promoveu a inclusão da noção de competência na reforma curricular que estava sendo implantada na educação básica e na educação profissionalizante.

As reformas que reorientaram as práticas pedagógicas nestes dois níveis do ensino, terminaram por alcançar os currículos das instituições de ensino

superior. Estas modificaram seus currículos, práticas pedagógicas e metodologias de ensino, buscando se adequar ao ensino por competência.

A educação para o trabalho, neste mesmo contexto, passou por diversos movimentos, acompanhando os processos históricos em busca de redefinições e de novos conceitos. Um deles foi a noção de competência como “ordenadora das relações de trabalho”, que pode ser compreendida na análise do processo histórico do trabalho, nas mudanças na forma de produção do pós-guerra até atualidade.

Estas mudanças geraram a demanda por trabalhadores multifuncionais, dos quais eram requeridos novos conhecimentos e atitudes (RAMOS, 2011, p. 39). A década de 80 introduz novas características no mundo do trabalho:

[...] a flexibilidade da produção, reestruturação das ocupações; integração de setores da produção, multifuncionalidade dos trabalhadores e valorização dos saberes não ligados ao trabalho prescrito. Sobre estas novas características do trabalho coloca-se a reflexão sobre [...]até que ponto essas transformações, na verdade, não aprisionam a subjetividade do trabalhador às necessidades de reprodução do capital, diante de relações de trabalho renovadas na sua forma, mas, conservadas em seu conteúdo(RAMOS,p. 38, 2011).

Diante da complexidade da educação profissional, outros referenciais foram necessários. Um deles inclui o conceito de multiferencialidade, proposto por Jacques Androino (2003), que advoga sobre espaços multirreferenciais de aprendizagem se constituem no campo da vida (p. 34). Este referencial valoriza a visão de mundo dos sujeitos, a sua vivência do processo de socialização e sua relação e percepção do mundo exterior. Para Barbier (2003), a multireferência pode ser dividida em interna, desenvolvida pelos sujeitos nos *múltiplos itinerários* e a externa relacionada à *rede simbólica* e visão de mundo. Existe uma dimensão do domínio do trabalho que somente é apropriada no próprio exercício do trabalho.

A educação permanente requer como eixo o trabalho, na qual importa a prática dos trabalhadores, suas percepções e o contexto no qual se inserem.

Nesta perspectiva, o conceito de competência é o que melhor se adequa à formação profissional. Competência é conceituada por Perrenout (1999) como "uma capacidade de agir eficazmente em um determinado tipo de situação, apoiada em conhecimentos, mas sem limitar-se a eles" e esta concepção ampliou o alcance do conceito de competência, por atribuir o sujeito a possibilidade de expandir o conhecimento associando-o a sua experiência.

Para Ramos, (2011, 285), a competência associa-se à [...] capacidade de o sujeito desempenhar-se satisfatoriamente em reais situações de trabalho, mobilizando o recurso cognitivo e sócio afetivos, além de conhecimentos específicos[...].

[...] A competência, portanto, é o mecanismo de adaptação dos indivíduos à instabilidade da vida, por construir os instrumentos simbólicos que permitem interpretar a realidade a seu modo e construir modelos significativos e variáveis para seus projetos pessoais (RAMOS, p. 285, 2011).

O trabalho e a educação para o trabalho envolvem a dimensão social, afetiva e existencial das pessoas. Para Machado (2002), a apropriação de capacidade, de competências e o trabalho estão associados ao desenvolvimento de projetos que são pessoais, para além dos projetos institucionais.

Envolve o entendimento de três características da competência: "pessoalidade, o âmbito e a mobilização de saberes".

A pessoalidade implica em reconhecer que conhecer envolve significados construídos pela pessoa, [...] são pessoas e seus projetos que conferem valor a determinada relação, que tornam vivos os produtos e meios do conhecimento ao se apropriar de suas representações. [...] âmbito faz referência a um contexto no qual o processo de conhecer se materializa. [...] a mobilização de saberes é a virtualização da ação, recorrer ao que se sabe para realizar o que se deseja (PERRENOUD, THURLER, MACHADO, 2002, p144).

No caso dos profissionais dos CEREST, as competências devem ter por base as capacidades necessárias ao desenvolvimento das ações de Saúde do

Trabalhador definidas nos Eixos Estratégicos do Plano Estadual de Saúde do Trabalhador (PLANEST) (BAHIA, 2014, p.1-3) consoante com as atribuições normatizadas.

Estas capacidades para ações de vigilância são descritas como: capacidade de realizar análise da situação de Saúde do Trabalhador: “identificar atividades produtivas, do perfil sócio ocupacional e das situações de potencial risco à Saúde do Trabalhador no âmbito dos municípios da região de abrangência”; realizar vigilância epidemiológica em Saúde do Trabalhador: “cumprimento das notificações e investigação de agravos relacionados ao trabalho”; realizar vigilância de ambientes e processos de trabalho: “identificar os fatores de risco ocupacional em ambientes de trabalho que já são regularmente inspecionados pela Vigilância em Saúde (VISA) a fim de reconhecer os riscos a ST e expedir recomendações de medidas de proteção e prevenção”(BAHIA, 2014, p.1-3).

As capacidades para ações de assistência são descritas como a prestação de atenção integral em Saúde do Trabalhador na rede SUS, incluindo: o levantamento da capacidade instalada versus perfil da demanda assistencial; a definição e fortalecimento da rede e dos serviços de referência, para estabelecimento de fluxos de atenção aos agravos relacionados ao trabalho; a realização de ações de formação e educação permanente em saúde do Trabalhador e atividades que visem a formação continuada dos profissionais da implementar o controle social. (BAHIA, 2014, p.1-3).

Uma proposta interinstitucional (2009), realizado pela Escola Estadual de Saúde Pública (EESP), Escola de Formação Técnica em Saúde (EFTS), VISA, Vigilância a Saúde Ambiental (VISAM) e VISAT sistematizou competências, habilidades e as atitudes necessárias para o trabalhador da equipe multiprofissional em VISA, VISAM e VISAT. Nesta proposta foram descritas competências, habilidades e atitudes que se adequam às necessidades dos CEREST, para a vigilância e assistência em Saúde do Trabalhador e relações interpessoais e inter-institucionais (BAHIA, 2009).

### **3.1.2 Configuração de diretrizes metodológicas para a avaliação dos serviços em saúde**

A construção de um projeto político-pedagógico deve estabelecer com clareza as finalidades, os resultados desejados, e o quanto eles servem a quem se destina. Um projeto que atenda a estes atributos, de acordo com LUCKESI (2011, p 20-22) possui os elementos que permitem uma avaliação operacional capaz de subsidiar o alcance de resultados satisfatórios com uma ação realizada de modo eficiente a partir de um planejamento. Dentro deste enfoque, a construção de um programa de educação permanente demanda por ações planejadas e capazes de integralizar um conjunto de competências mínimas, alicerçadas numa avaliação operacional.

Nesta concepção, a construção de uma proposta de intervenção deve ser precedida de planejamento com vistas à sua efetiva realização e viabilizando as bases para a avaliação. No caso, a proposta de avaliação deve possibilitar identificar os caminhos percorridos e verificar o alcance dos objetivos propostos, tem em vista identificar necessidades de aprimoramentos ou permitir replicação.

A avaliação como recurso subsidiário para a tomada de decisões no campo da saúde auxilia a reduzir gastos e possibilitar acesso equitativo. Concordando com diversos autores, Champagne et all (2007)expressam:

[...]avaliar consiste fundamentalmente em emitir um juízo de valor sobre uma intervenção, implementando um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre essa intervenção ou qualquer um de seus componentes, com o objetivo de proceder de modo a que os diferentes atores envolvidos, cujos campos de julgamento são por vezes diferentes, estejam aptos a se posicionar sobre a intervenção para que possam construir individual ou coletivamente um julgamento que possa se traduzir em ação[...] (CHAMPAGNE et all, p. 1).

Para Champagne et all (2007)uma intervenção é “um sistema organizado de ação que se propõe a enfrentar uma situação problema e modificá-la, num tempo definido (p. 1). Considera o contexto e inclui a “estrutura, atores, processos de ação e finalidades” (p. 45). A estrutura inclui a dimensão física,

organizacional e simbólica; os atores [...] “são caracterizados por seus projetos, visões de mundo, convicções, recursos e disposição para agir”[...]; os processos de ação são o [...]”Conjunto de processos pelos quais os recursos são mobilizados e utilizados pelos atores para produzir os bens e serviços”; [...] a finalidade é o objetivo da intervenção e por fim, o ambiente da intervenção é constituído pelos [...] “contextos físicos, jurídicos, simbólicos, históricos, econômicos e sociais que estruturam o campo em que a intervenção é implementada”[...] e outros sistemas com os quais interagem.(p.47).

Uma intervenção considerada complexa é caracterizada por atributos tais como: multiplicidade das finalidades, caráter difuso das relações de autoridade, número de atividades que mobilizam diversos atores interdependentes que agem por lógicas diferentes; abertura sobre os seguintes contextos: político, legislativo, econômico, social, cultural, institucional, organizacional, técnicos. Inclui ainda a dependência da forma em relação ao contexto, a dinâmica permanente de autoregulação, a multiplicidade de níveis de análise, a complexidade das relações causais e a existência de paradoxos(CHAMPAGNE et al, 2007, p.49).

Considera-se que um programa de educação permanente para os CEREST deve ser uma intervenção que reconhece o contexto e inclui a estrutura, os atores, os processos de ação e tem um objetivo. Pondera-se que esta seja uma intervenção do tipo complexa, de acordo com a definição de intervenção e os atributos descritos, todos considerados relevantes na construção de um programa.

A avaliação dos CEREST vem sendo feita com base em indicadores definidos pela SESAB/SUVISA/DIVAST (Bahia, 2014,p. 1-3). No caso, são três tipos de medidas de avaliação em Saúde do Trabalhador descritos como: metas, indicadores e ações. As metas do Programa Anual de Saúde (PAS) de 2014 são: proporção de municípios com casos de agravos ou doenças relacionadas ao trabalho; proporção de municípios com ação de saúde do trabalhador desenvolvida; inspeções realizadas em ambientes e processos de trabalho; trabalhadores atendidos; número de trabalhadores investigados.

Já os indicadores da Programação de Vigilância à Saúde (Prog-VS) de 2013 a 2014 são: número de notificação dos casos de agravos ou doenças relacionadas ao trabalho e o número de ações de saúde do trabalhador desenvolvidas pelo município.

As ações de Saúde do Trabalhador do Plano Estadual de Saúde (PES) de 2012 a 2015 são: análise da situação de Saúde do Trabalhador; vigilância epidemiológica em Saúde do Trabalhador; atenção integral em Saúde do Trabalhador na rede SUS; formação e educação permanente em saúde do Trabalhador; controle social e gestão (Bahia, 2014, p. 1-3).

Estas metas, indicadores e as ações revelam o amplo espectro de atribuições dos CEREST e apontam para a complexidade de avaliar os serviços, dada a multiplicidade e diversidade das ações requeridas aos CEREST. Estas metas, indicadores e ações resultaram de pactos, planejamentos coletivos e interinstitucionais, envolvendo as diferentes diretorias de vigilância da SUVISA/SESAB.

Um estudo feito por Silva, Baptista, Ayres e Chaves (2012), sobre a avaliação de implantação, operacionalidade e conformidade com o modelo de CEREST, proposto em 2007 para a Bahia, elaborou indicadores para avaliação de desempenho dos CEREST. Entretanto, algumas alterações foram feitas na legislação desde a realização do estudo: a regulamentação das atribuições dos CEREST, a extinção da unidade sentinela e a ênfase maior nas ações de vigilância. Ainda assim, o estudo apresenta indicadores que continuam válidos na avaliação dos CEREST.

No estudo de Silva, Baptista, Ayres e Chaves (2012), foram definidos três componentes: Contexto, Gestão e Atenção à Saúde do Trabalhador e definidas dimensões e subdimensões para estes componentes.

As dimensões foram: 1ª Político-Institucional; 2ª Práticas de gestão e organização de serviços; 3ª Infraestrutura do componente gestão; 4ª

Desempenho do Plano de ação; 5ª Práticas de atenção em saúde e vigilância a Saúde do Trabalhador no município sede de CEREST; 6ª Práticas coletivas de comunicação, educação permanente, formação em Saúde do Trabalhador no município sede de CEREST; e a 7ª Práticas de Saúde do Trabalhador nos municípios da área de abrangência (p. 237-238).

Um modelo operativo em Saúde do Trabalhador com indicadores foi elaborado e descrito no estudo de Ramos (2008). Este incluiu: a equipe e concepções multi, inter e transdisciplinares; o processo de trabalho; as contradições da relação capital; as ações inter e intra-setoriais de vigilância à Saúde do Trabalhador; a integralidade da atenção à Saúde do trabalhador; o controle social; o conceito de processo de trabalho como central (p.38-39).

Este modelo operativo e indicadores caracterizam o campo da Saúde do Trabalhador e corroboram o estudo feito por Silva, Baptista, Ayres e Chaves (2012) e com os indicadores utilizados e descritos o PAS Estadual, a Prog-VS e PES 2012 /2015.

Para avaliar é necessário determinar, além de metase indicadores, um padrão de qualidade do desenvolvimento das ações.

Na busca de um referencial para a qualidade dos serviços de saúde, o *Institute of Medicine* (2001), de acordo Mendes (2008 apud DLUGACZ, 2001, RESTIFO & GREENWOOD, 2004, p.3) define qualidade como quando:

[...] os serviços são prestados em consonância com padrões ótimos pré-definidos; são submetidos a medidas de performance nos níveis da estrutura, processos e resultados; são ofertados para atender as necessidades dos usuários; implicam programas de controle de qualidade; são seguros para os profissionais de saúde e para os usuários; fazem-se de forma humanizada; e satisfazem às expectativas dos usuários.

Deste modo, será oportuno parametrizar a qualidade dos serviços, disponibilizar referenciais que estabeleçam um padrão de qualidade condizente com um serviço de saúde que inclui ações de atenção e de vigilância. A qualidade dos serviços associa-se, e muito, ao estabelecimento de fluxos a

serem seguidos e de definições sobre o processo trabalho, com responsabilidades atribuídas.

Avaliar um serviço de saúde requer uma análise aprofundada. Importa reunir informações sobre as relações existentes nos processos de trabalho, sobre a organização dos serviços, sobre as relações inter e intrainstitucionais e “identificar os micro processos decisórios do cotidiano dos serviços de saúde”(FRANCO, MERHY,2003, p.1) propõe alguns passos para a avaliação de serviços.

[...] 1.Localizar no contexto geral, situacional, o lugar que ocupa o serviço em questão.2.Identificar as redes de relações existentes inter e intra equipamentos assistenciais (e de vigilância) e esclarecer os pedidos e compromissos assumidos entre os diferentes atores implicados na arena decisória.3.Ouvir com objetividade os ruídos que existem no processo de trabalho e na assistência (vigilância) prestada ao usuário[...].4.Lançar luzes sobre áreas de sombra que existem nos serviços, problemas antes não revelados que determinam o cotidiano da produção de serviços.5.Analisar a micropolítica da organização do processo de trabalho e da tecnologia das relações, como campo privilegiado do saber fazer e neste contexto, o manejo das tecnologias leves [...] (FRANCO, MERHY, 2003, p. 1).

De acordo com Franco e Merhy, o processo de mudança das práticas deve ser conduzido pelos trabalhadores, com a experiência adquirida no cotidiano dos serviços, sendo necessário gerar movimentos dentro dos serviços, que possibilite aos trabalhadores liberar sua capacidade criativa.

[...] esse aprisionamento do processo de trabalho, anula “sujeitos autênticos”, trabalhadores individuais e coletivos, criando-lhes uma certa “cegueira institucional” impedindo sua ação consciente, tornando-os sujeitados, ao invés de sujeitos do seu próprio processo de trabalho [...] (FRANCO, MERHY, 2003, p .4).

Um acompanhamento sistemático poderá ajudar a revelar os problemas dos serviços, especialmente àqueles visíveis apenas a análise mais apurada, feita no cotidiano dos serviços. Deste modo, o desenvolvimento de um programa de educação permanente requer uma avaliação para além das metas estabelecidas que por si só, não revela os problemas existentes. Requer, também, a formação dos sujeitos neste processo, pessoas e equipes, gestores e técnicos, para que eles sejam [...] “os protagonistas do processo e artífices

das mudanças pretendidas de acordo com um determinado projeto estratégico” [...] (FRANCO, MERHY, 2003, p.4).

Para Champagne et al, (2011) “São os atores de fato que, em função de suas características, intenções, interesses e convicções moldam a intervenção e lhe dão forma particular em um determinado momento e em um determinado contexto” (p.49).

Uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde proposta por Campos e Domitti (2007) se constitui no apoio matricial e equipe de referencia.

Objetiva ofertar retaguarda especializada a equipes e profissionais que atuam na atenção aos problemas de saúde. É utilizada também para acampamento e monitoramento. Oferece suporte técnico e pedagógico, de forma compartilhada, dialógica, define espectros de responsabilidades para assegurar maior eficácia e investe na construção da autonomia dos usuários (p.399). Busca “diminuir a fragmentação imposta ao processo de trabalho decorrente da especialização crescente em quase todas as áreas de conhecimento” (p.402) e objetiva [...] “ampliar as possibilidades de realizar-se a clínica ampliada e integração dialógica entre distintas especialidades e profissões” [...] (p. 400).

A equipe de referencia (CAMPOS E DIMITTI, 2007) é um “rearranjo organizacional que busca deslocar o poder das profissões e corporações de especialistas, reforçando o poder de gestão da equipe interdisciplinar” (p.400). Ela depende de construção compartilhada e definição de diretrizes clínicas e sanitárias, busca construir vínculos entre profissionais e usuários com a responsabilidade de condução, com acompanhamento longitudinal da atenção à saúde. Inclui o poder centrado na equipe, a regulação por gestores e usuários. Depende de definição de responsabilidade sanitária, adstrição de clientela à equipe de referencia, cadastros de casos, avaliação de riscos e vulnerabilidades (CAMPOS, DOMITTI, 2007, p.400).

Entretanto, a adoção desta metodologia exige o enfrentamento de quatro níveis de obstáculos definidos por Campos e Dimiti (2007): nível político e de comunicação “requer a existência de espaços coletivos e algum grau de co-gestão ou de democracia institucional” [...] (p. 404); nível subjetivo e cultural, “predisposição para lidar com a incerteza, para receber e fazer críticas e para tomar decisões de modo compartilhado” (p.404); nível ético, relacionado a circulação de informações registradas em prontuários por diferentes profissionais e a relação com os pacientes; e por fim, o nível obstáculo epistemológico, que envolve diferentes referenciais de compreensão do processo de saúde-doença, diversidade de racionalidades que inclui o enfoque biomédico, a valorização do social e a dimensão subjetivas(CAMPOS, DOMITTI,2007, p.407).

O apoio matricial e equipe de referencia se apresentam como componentes de metodologia de gestão do trabalho interdisciplinar adequada a uma gestão que opta por implantar um programa de educação permanente. Este deve ser entendido como um projeto estratégico da gestão e fazer sentido para os sujeitos que dele participam. A mudança e formação devem ser parte de um mesmo processo, de forma a implicar sujeitos e instituição no processo e alcançar alguma medida de sucesso.

[...] A sequencialidade temporal e a dicotomia espacial entre a formação e a mudança estão o cerne do insucesso de programas e práticas de formação orientadas, de modo instrumental, para a concretização de mudanças a nível individual e/ou coletivo (CANÁRIO, 1997, p. 124).

A formação de pessoas exige uma compreensão do contexto de trabalho e das relações interpessoais e interinstitucionais implicadas. Ressalta-se que um processo formativo no trabalho, em instituições públicas, inclui a dimensão do poder político com toda a sua complexidade. A definição de competências, conhecimentos, habilidade e atitudes são necessárias, atuam como elementos norteadores para aquisição de capacidades necessárias aos serviços, mas, deve ser feita a ressalva de que, para o sucesso de um programa, outros elementos interagem e determinam se o mesmo será bem sucedido ou não.

[...] A tentativa de organizar a formação a partir de necessidade previamente identificadas, tendo em vista os efeitos observáveis, através de rigorosos mecanismos de avaliação, confronta-se com duas grandes dificuldades; a primeira é que os efeitos da formação são, de regra, incertos e, frequentemente, os efeitos mais importantes são os não previstos. [...] a segunda dificuldade reside em tentar identificar necessidades de formação, que[...] “baseia-se numa perspectiva atomista que vê indivíduos, mas que, por outro lado, ignora os actores e sua inserção social em situações concretas de trabalho (CANÁRIO, 1997, p. 125).

Abdicar de modelos tecnicistas e buscar estratégias metodológicas que possibilitem incluir a dimensão social dos sujeitos gera possibilidades de mudanças nas práticas dos serviços. Conceber e organizar a formação como um processo de desenvolvimento dos recursos humanos, para Canário (1997apud FRIEDBERG, 1993, p. 126) tem como os principais elementos a inclusão da interioridade das pessoas e das instituições e o reconhecimento da necessidade de compreender que a formação deve ter centralidade dos processos de autotransformação.

[...] a visão técnica (da formação) que alimenta a incapacidade da lógica reformadora, portanto, (define) os limites de pretender, de forma voluntária, mudar pessoas e organizações a partir de uma intervenção fundada numa relação de exterioridade (CANÁRIO, 1997, p. 126).

A organização das ações de formação, articuladas em um conjunto coerente e coeso, tendo por eixo no trabalho e nas pessoas que vivenciam o cotidiano do trabalho, incluindo e valorizando a experiência profissional dos sujeitos, com visão estratégica e focado no desenvolvimento humano, cria um espaço diferenciado para mudanças de práticas. Quando a organização ou instituição se inclui no processo de mudanças, em direção ao que pretende alcançar, isto potencializa as possibilidades de realizar os objetivos pretendidos.

### **3.2 Configuração necessária para a educação permanente das equipes técnicas da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador da Bahia**

Nas percepções dos participantes, foram identificados: estrutura na qual se sustenta a RENAST, a concepção de Educação Permanente, as atribuições normatizadas, as competências, as medidas de avaliação, as metodologias de acompanhamento em documentos normativos e nas percepções dos participantes da pesquisa.

No que se segue, serão apresentados os sentidos e significados, a partir dos sistemas de referência do mundo interior e exterior dos participantes da pesquisa, com suas múltiplas representações (JACQUES ANDROINO, BARBIER, 2003).

Os registros escritos e orais dos depoimentos provenientes dos participantes da pesquisa foram identificados como Grupo de Participantes da Pesquisa (GPP). Entretanto, os dados provenientes da pesquisa documental foram transcritos literalmente ou com modificações propostas pelos participantes da pesquisa, e, neste último caso, foram feitas as ressalvas.

E, por fim, as condutas (conhecimentos, habilidades, capacidades e atitudes) consideradas como desejáveis e necessárias na formação e no desempenho dos profissionais na área de Saúde do Trabalhador no Estado da Bahia, transformaram-se, no que se segue em bases para o Programa de Educação Permanente.

### ***3.2.1 Capacidades necessárias aos profissionais da área de saúde do trabalhador no Estado da Bahia segundo documentos e percepção dos participantes da pesquisa***

As capacidades necessárias aos profissionais de saúde foram organizadas segundo três categorias de condutas humanas:

3.2.1.1. *“Competências e Conteúdos”*

3.2.1.2 *“habilidades”*

3.2.1.3 *“atitudes”*.

A categoria “**competências e conteúdos**” resume os dados obtidos junto aos participantes da pesquisa; contudo, no trabalho de campo, foi utilizada também uma matriz, elaborada pela pesquisadora com base na pesquisa documental, onde estavam descritas as áreas temáticas da Saúde do Trabalhador.

O texto original da matriz passou por discussões coletivas, foi reformulado e, então, foram incluídas as modificações propostas pelos participantes da pesquisa.

As outras duas categorias - “**habilidades**”, e, “**atitudes**”- também foram configuradas tanto com dados obtidos na pesquisa documental e como empiricamente.

A categoria - “**competências e conteúdos**” - está constituída por vinte e três competências necessárias às equipes técnicas dos CEREST/BA. Essa categoria de condutas incluiu os conteúdos ou conhecimentos necessários para alcançar estas competências e contou com a aprovação de 70% dos participantes como pertinentes

Porém, no transcurso do trabalho de campo, dezoito do total dessas condutas foram consideradas pertinentes por 100% dos participantes, e, cinco delas tiveram essa qualificação por parte de 75%, entretanto, estas últimas foram reformuladas coletivamente, alcançando 100% de aprovação quanto à sua pertinência.

Para a descrição das vinte e três competências, optou-se por enumerá-las de forma sequencial, desejando oferecer ao leitor uma compreensão de conjunto às mesmas.

#### 3.2.1.1. “Competências e conteúdos”

As condutas que descrevem as “Competências e conteúdos” foram organizadas através de sete variáveis:

- A - Sobre “Planejamento em Saúde do Trabalhador”
- B – Sobre “Vigilância em Saúde do Trabalhador”
- C – Sobre “Assistência em Saúde do Trabalhador”
- D - “Sobre Informação em Saúde do Trabalhador”
- E – Sobre “Articulação interinstitucional e controle social”
- F –Sobre “Educação Permanente”
- G - Sobre “Gestão Financeira”

Para cada uma destas variáveis foram descritas as competências e os conteúdos ou conhecimentos a elas vinculados.

#### A - Sobre “Planejamento em Saúde do Trabalhador”

Seis competências básicas são necessárias para que os profissionais tenham um desempenho satisfatório nesse campo de conhecimentos:

- (1) “compreender as bases legais que normatizam o SUS e a Saúde do Trabalhador nas diferentes instâncias de governo”;
- (2) “saber utilizar o planejamento como ferramenta de gestão, com base no marco teórico da Saúde Coletiva”;
- (3) “analisar a situação de saúde para o planejamento municipal”;
- (4) “diferenciar, identificar e compreender a cartografia”;
- (5) “saber pesquisar, monitorar e construir os Indicadores de saúde”;
- (6) “realizar Planejamento Municipal de Saúde integrado a VISAU/SUVISA/SUS” (GPP).

A seguir, segue-se a sistematização dos conhecimentos identificados como necessários para o exercício de cada competência descrita. Observa-se que alguns conhecimentos aparecem descritos como competência ou habilidade. Essa troca de categoria é possível ser explicada devido serem termos já consagrados e utilizados constantemente na área de Saúde Coletiva e de modo específico, na Saúde do Trabalhador. Então, as trocas decorrem mais do uso cotidiano do que da precisão conceitual.

Os principais conteúdos para cada competência descrita foram:

(1) Para a competência -“**compreender as bases legais que normatizam o SUS e a Saúde do Trabalhador nas diferentes instâncias de governo**” - os conteúdos assumidos como necessários foram:

- Bases Legais do SUS; 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986); Constituição Federal (1988); Lei 8.080 (1990);
- Atribuições político-administrativas das três esferas de gestão:
- União, Estado e Municípios; compartilhamento de recursos públicos e responsabilidades comuns (decreto 8.142);
- Controle social; NOAS (1991/2001); Pacto pela Vida (2006); decreto 7.508 (2011); Lei 12.401; Lei 12.4666-Resolução tripartite;
- Programação Anual de Saúde (PAS);
- Planejamento regional integrado;
- Política Nacional do Trabalhador e da Trabalhadora, Portaria 18.83 (2012) (MOLEZINE, 2013).

(2) Para competência -“**Saber utilizar o planejamento como ferramenta de gestão, com base no marco teórico da Saúde Coletiva**” - os conhecimentos necessários levantados foram:

- [...] Planejamento como prática político-gerencial do campo da saúde;
- Panorama do desenvolvimento teórico conceitual do Planejamento na América Latina com base em Mario Testa;
- Tipologias de poder em saúde-político, técnico, administrativo;
- Postulado da Coerência;
- Planejamento Estratégico Situacional (PES), no Planejando e Gestão em saúde, Triângulo de Governo, planejando estratégico situacional com base em Carlos Matus (TEIXEIRA, 2013).

(3) Para a competência -“**analisar a situação de saúde para o planejamento municipal**” - os conteúdos foram:

- [...] Plano Municipal de Saúde;
- Relatórios de Gestão; Relatórios das conferências de saúde; Programação Anual de Saúde (PAS); Plano Plurianual (PPA);
- Termo de compromisso de gestão (TCG), pacto de indicadores.
- Indicadores de Saúde do Trabalhador no Pacto pela Vida e na programação de ações de Vigilância à Saúde (PAVS).
- Avaliação de tendência com estudo das serie históricas.
- Diretriz orçamentária, lei orçamentária anual; Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO); Lei Orçamentária Anual (LOA) (SALES, SILVA, TELES in DAB/SESAB, 2009).

(4) Para a competência -“**diferenciar, identificar e compreender a cartografia**” -, os conteúdos foram:

- “região de saúde; território;
- mapa de Saúde; mapa dinâmico de saúde;
- metodologia do apoio matricial e institucional;
- equipe de referencia; retrato holístico da região de saúde” (SALES, SILVA, TELES in DAB/SESAB, 2009).

(5) Para a competência -“**saber pesquisar, monitorar e construir os Indicadores de saúde**” -os conteúdos foram:

- [...] Indicadores de Saúde: fontes de dados, processamento estatístico com construção de serie temporais, desagregação por grupos e sua distribuição territorial;
- Contribuição da epidemiologia do que (problema), do quando, do onde, de quem (identificar grupos sociais afetados pelo problema);
- Identificação de grupos vulneráveis;
- Desagregação segundo setor produtivo, inserção no mercado de trabalho, raça, sexo, faixa etária (SALES, SILVA, TELES in DAB/SESAB, 2009).

(6) Para a competência -“**realizar planejamento municipal de Saúde (PMS) integrando a VISAU/SUVISA/SUS**” (GPP) -, os conteúdos foram:

- [...] análise da situação de saúde; perfil epidemiológico da população trabalhadora; perfil produtivo do município; dimensionar capacidade instalada;
- Identificar número e perfil de profissionais para o diagnóstico e tratamento das doenças relacionadas ao trabalho;
- identificar procedimentos necessários de referencia e contra referência para cuidados mais complexos (SALES, SILVA, TELES in DAB/SESAB, 2009).

B – Sobre “Vigilância em Saúde do Trabalhador” foram sinalizadas três competências, que todo profissional deveria exercitar no seu cotidiano de trabalho:

- (7) “desenvolver práticas sanitárias centradas na investigação da relação da saúde-trabalho”;
- (8) “capacidade de conhecer, analisar e intervir nos fatores de risco dos agravos à saúde, relacionados aos processos e ambientes de trabalho, visando eliminar ou controlar tais riscos”;
- (9) “estabelecer parcerias em ações de vigilância, elaborar de relatório técnico e relatório de inspeções” (GPP).

Os principais conteúdos para as três competências (7), (8), (9), indicadas imediatamente acima, foram descritas como:

- [...] mapeamento de riscos ocupacionais e ambientais; acidentes e doenças do trabalho; panorama da Saúde do Trabalhador no Brasil e na Bahia;
- estratégias para ações de vigilância de ambientes e processos de trabalho que incluem:
- identificar as atividades econômicas/perfil produtivo do município, situações de risco potencial para a população trabalhadora;
- mapear os processos produtivos e priorização de demandas; inspecionar ambiente de trabalho;

- investigar acidente de trabalho típico em óbito; ergonomia (JACOBINA, NOBRE, 2013, EFTS, ESSP, CESAT, DIVAST, SUVISA, SESAB, 2009).

C - Sobre “Assistência em Saúde do Trabalhador” foram identificadas cinco competências que todos os profissionais de saúde deveriam ser capazes de realizar:

- (10) “realizar suspeita diagnóstica”;
- (11) “realizar investigação epidemiológica de agravos relacionados ao trabalho”;
- (12) “saber reconhecer sinais da ADRT”;
- (13) “saber utilizar o sistema de regulação e o sistema de referencia e contra referência”;
- (14) “capacidade de intervenção em rede” (GPP).

Os conteúdos para as cinco competências indicadas pelos números (10), (11), (12), (13) e (14) descritas foram:

- [...] segurança e Saúde do Trabalhador; legislação do SUS;
- legislação em Saúde do Trabalhador; legislação previdenciária; patologias do trabalho; gestão de serviços de saúde;
- vigilância de ambientes de trabalho; informação em saúde;
- epidemiologia; gestão de projetos; sistema de regulação; uso de referência e contra referência
- Para a categoria médica, a capacitação deve incluir residência medica ou curso de especialização (GPP).

D – Sobre “Informação em Saúde do Trabalhador” foram levantadas quatros competências que todo profissional deveria ser capaz de realizar:

- (15) “saber utilizar os Sistemas de Informação (SI)”;
- (16) “saber construir série temporal”;
- (17) “saber desagregar por grupos e por distribuição temporal”,

- (18) “saber coletar dados, analisar e gerar informação”.

Os conteúdos para esta competência (18) são:

- Sistema de Informação (SINAN; ESUS; SINITOX; RAIS; CAGED; DATAPREV; SUB; RIPSAs; IBGE; CAT);
- série temporal; desagregação por grupos e distribuição temporal;
- medidas epidemiológicas;
- noções de informática nos programas Word, Excel, Power point, TABWIN, EPIINFO (GPP).
- “notificar ADRT no SINAN --- serão os mesmos utilizados os conteúdos do curso EaD de Notificação de Doenças e Agravos relacionados ao trabalho do SINAN realizado pela DIVAST em parceria com a EESP, associados a exercícios práticos (EESP, DIVAST, SUVISA, SESAB, 2013) (GPP).

E – Sobre “Articulação interinstitucional e controle social”. A atividade de “articulação interinstitucional e controle social”, segundo os participantes, exige somente uma competência (19): a “capacidade de interlocução com grupos comunitários”. Os conteúdos definidos foram: estratégias para trabalho com grupos: conselho gestor do CEREST, conselho municipal de saúde, CIST, sindicatos, associações, entre outros (GPP).

F - Sobre “Educação Permanente” Segundo os participantes, três competências específicas são necessárias aos profissionais de saúde:

- (20): “capacidade de elaborar proposta de educação permanente”,
- (21) “capacidade de gestão de grupos de estudos”
- (22) “capacidade de replicar ações pedagógicas estruturadas com ajustes locais/regionais”.

Os conteúdos definidos para essas competências estão relacionados com os fundamentos teóricos da educação permanente, gestão de grupos e conhecimentos básicos das práticas pedagógicas e metodologias ativas (GPP).

G - Sobre “Gestão financeira” O exercício da “gestão financeira” exige, segundo os participantes, uma única competência (23): a “capacidade de gerir o recurso financeiro de acordo com as prioridades definidas no planejamento e conteúdo a ser definido”. Não foram definidos conteúdos no trabalho de campo para essa competência, além dos propostos no Manual de orientação da RENAST, atualmente em consulta pública.

A análise dessas competências e conhecimentos sugeridos pelos participantes revelou concordância entre os temas que aparecem descritos nas atribuições normatizadas na Resolução CIB nº 084/2011, no PLANEST (2011), na Política Nacional do Trabalhador e da Trabalhadora (2012) e em pactos e compromissos firmados pelos CEREST/DIVAST/SUVISA/SESAB (2012/2015).

O tema Pesquisa não apareceu, nos depoimentos dos participantes, como competência e conteúdos específicos, muito embora faça parte das atribuições normatizadas. A análise dos depoimentos também revelou que esta competência não faz parte das ações cotidianas dos CEREST da RENAST/BA e não aparece nas metas e indicadores de produtividade, ou como ação produzida (Silva, 2010, Sales, 2014).

Do mesmo modo que o tema Pesquisa, o tema Comunicação também não foi sinalizado pelos participantes na forma de competências e conteúdos. Ganhou, entretanto, relevância na última fase da coleta de dados, em uma proposta feita pelos CEREST.

Esta demanda de inclusão do tema da Comunicação entre as indicações de competências e conhecimentos pode estar relacionada ao fato de que esta é uma das competências que o CEREST necessita para desenvolver ações de educação em saúde que, conforme o estudo de Sales (2014) foi a ação que alcançou maior índice de produtividade nos CEREST.

As competências identificadas neste estudo encontram correspondência no modelo operativo e de indicadores propostos no estudo de Ramos (2008), quais sejam: vigilância à saúde, controle social, política, economia

epidemiologia crítica, planejamento e gestão. Incluiu também a centralidade do processo de trabalho, valorização do saber da equipe profissional, organização e ambiente de trabalho, relação entre trabalho e saúde, contradições da relação capital trabalho, ações intra-setoriais (RAMOS, 2008, p.38 a 39).

Observa-se, através da análise dos depoimentos, a ausência de competências e conteúdos relacionados ao cuidado em saúde, ao lidar com o outro, individual ou coletivo, em situações de sofrimento. Muitas das atividades, relacionadas ao trabalho de vigilância e da assistência em Saúde do Trabalhador, envolvem a relação com trabalhadores e suas famílias, muitas vezes, em condições de sofrimento físico e psíquico seja por doenças, mutilações e morte.

As competências relacionadas ao contexto do trabalho também não apareceram nos depoimentos dos participantes. De forma implícitas, envolvem o trabalho em equipe, as ações intrasetoriais, as contradições da relação capital trabalho, todas no contexto da prestação de serviços de saúde.

A atitude e a maneira como os profissionais lidam com as relações de poder, relações interpessoais e interinstitucionais são determinantes na execução do trabalho (MERHY, 2005, CANÁRIO, 1997). As competências, expressões no ato do trabalho, são diretamente vinculadas ao contexto (PERRENOT, THRULER, MACHADO, 2002, RAMOS, 2011).

#### 3.2.1.2 “Habilidades”

Entre as condutas necessárias aos profissionais da saúde do trabalhador, acima sistematizadas, as “habilidades” e as “atitudes” foram identificadas através do estudo dos documentos pesquisados.

Para tanto, foram utilizados os resultados de uma atividade interinstitucional realizada em 2009, pela Escola Estadual de Saúde Pública (EESP), Escola de Formação Técnica em Saúde (EFTS), VISA, VISAM e VISAT (BAHIA, 2009) que sistematizou competências, habilidades e atitudes necessárias para o trabalhador da equipe multiprofissional em VISA, VISAM e VISAT.

Do conjunto desse levantamento, foram selecionadas algumas habilidades e atitudes necessárias aos profissionais dos CEREST. Foram feitas modificações e classificações compondo, para a categoria “habilidades”, cinco subcategorias, a saber:

- A - “Análise e síntese”;
- B – “Comunicação e relação”;
- C - “Mediação”;
- D - “Informação”;
- E - “Educação”.

A - “Análise e síntese”. Para exercer as atividades de “Análise e síntese” foram elencadas as habilidades de:

- analisar e interpretar dispositivos legais e normas técnicas;
- organizar e sistematizar ideias e informações para produção de documentos técnicos e práticas de trabalho;
- identificar e avaliar situações de risco; priorizar ações;
- observar.
- Incluiu ainda “capacidade de elaborar relatórios, planos e projetos, preencher instrumentos técnicos, capacidade de expressão com termos legais e capacidade investigativa”.

B - “Comunicação e relação”. Para exercer com satisfatoriedade a “**Comunicação e relação**” foram elencadas as seguintes capacidades:

- comunicar-se e transmitir conhecimento;
- acompanhar e aprimorar o fluxo da informação;
- argumentar, mediar conflitos e construir consensos;
- articulação inter e intrasetorial;
- trabalhar em equipe;
- liderar grupo e lidar com as diferenças;
- identificar e articular com instituições parceiras.

C - “Mediação”. Para praticar a “**Mediação**”, os profissionais devem ser capazes de:

- enfrentar situação de conflito na relação capital-trabalho;
- lidar com situações restritivas e adversidades;
- argumentar.

D - “Informação”. Para praticar o exercício da “**Informação**” os profissionais necessitam ser capazes de:

- observar, coletar, registrar,
- analisar e interpretar dados e alimentar sistemas de informações;
- utilizar protocolos e fazer notificações.

E - “Educação”. Para cumprir o seu papel nas atividade de “**Educação**” em saúde do trabalhador, os profissionais deverão ser capazes de:

- desenvolver práticas didáticas;
- elaborar ações de educação permanente para profissionais do serviço;
- elaborar ações de educação em saúde para população;
- ter criatividade no manejo de situações novas ou desafiadoras.

3.2.1.3 “Atitudes” necessárias a um profissional que trabalha em saúde do trabalhador são:

- iniciativa;
- responsabilidade;
- senso crítico;
- atitude comunicativa;
- curiosidade;
- comprometimento;
- escuta;
- acolhimento;

- diálogo;
- empatia;
- cuidado;
- resolutiva;
- liderança;
- mediação de conflitos;
- cooperação;
- compromisso;
- postura ética;
- criatividade;
- flexibilidade
- e persistência.

Certamente que serão muitas competências, habilidades e atitudes necessárias ao profissional da área da saúde do trabalhador. As acima elencadas não esgotaram as necessidades para compor um mapa completo de capacidades. Isto se deveu ao fato de que nem todas as competências postas pela demanda do contexto estão expressas nesta relação. Neste eixo educação permanente, observou-se novos elementos que ampliaram este alcance.

Em todo caso, competências até aqui assinaladas, seja a partir dos documentos em Saúde do Trabalhador, seja a partir dos depoimentos dos profissionais que atuam nessa área no Estado da Bahia, são suficientes para se estabelecer um significativo Programa de Educação Permanente para as equipes técnicas que atuam nos CERET/BA.

### **3.3 Características do programa de educação permanente para os profissionais de saúde do trabalhador da Bahia**

Segundo os participantes as características do Programa de Educação Permanente, devem estar comprometidos com:

**3.3.1 A “*formação no trabalho*”**

**3.3.2 O “*contexto de trabalho do CEREST*”**

**3.3.3 Os “*desafios do trabalho dos CEREST na RENAST/BA*”**

**3.3.4 O “*modelo de acompanhamento apoio matricial*”**

**3.3.1 A “*formação no trabalho*”**

A “*formação no trabalho*” delimita a abrangência do Programa de Educação Permanente. Este deve agregar todas as ações de formação, que devem ser planejadas de forma articulada e integrada, objetivando potencializar o uso dos recursos humanos, do recurso financeiro e do recurso tempo.

Inclui os espaços multireferenciais de aprendizagem e o reconhecimento do espaço de formação no trabalho como oportuno à promoção do desenvolvimento das potencialidades humanas, relações dialógicas, escuta ativa, inclusão da diversidade, respeito às diferenças e desenvolvimento de valores (PERRENOU, TRULHER, MACHADO, 2002, MERHY, 2005, CANARIO, 2007, RAMOS, 2011).

A análise dos dados coletados indica que os participantes da pesquisa optaram pelo uso de metodologias ativas que favoreçam a autonomia dos sujeitos, reconhecendo-os como críticos e ativos, portadores de saber prévio adquirido na sua experiência de trabalho. Nesse contexto, os resultados indicam a necessidade de uma prática da educação permanente através do uso de metodologias ativas (VASCONCELLOS, 2006) e do trabalho por projetos.

**3.3.2 O “*contexto de trabalho do CEREST*”**

No que se refere ao “*contexto do trabalho dos CEREST*”, importa, por parte dos técnicos da DIVAST, a compreensão e a prática do trabalho em rede, assim

como as características da rede na qual os CEREST atuam, sob a supervisão da DIVAST.

Na percepção dos participantes da pesquisa, o mesmo vale para a RENAST/BA, à medida que se identificou que as condutas dos profissionais de saúde e da instituição, sob este aspecto, não foram suficientes para preencher os requisitos que caracterizam um sistema que opera em rede (MENDES, 2009). Deste modo, o tema rede é preponderante para o Programa de Educação Permanente, por impactar no contexto do trabalho e no processo de trabalho das equipes técnicas dos CEREST.

Foi identificada, na percepção dos participantes da pesquisa, a existência de falta de recursos humanos capacitados no SUS. Foi afirmado que [...] “seus profissionais não dominam conhecimentos mínimos desta área” e há “uma falta de articulação da rede SUS com Saúde do Trabalhador” (GPP).

Estes resultados, que apresentam aspectos do contexto onde os CEREST desempenham seu trabalho, revelam dificuldades para uma atuação em rede e atuação de abrangência regional.

Foram identificados também problemas de diferentes níveis de governabilidade, que impactam no cotidiano do trabalho do CEREST, já descritos no eixo RENAST. Estes problemas atuam como fatores condicionantes e/ou determinantes no contexto de trabalho e na configuração da RENAST/BA.

### **3.3.3 Os “desafios do trabalho dos CEREST na RENAST/BA”**

Sobre os “desafios do trabalho dos CEREST na RENAST/BA” os profissionais elencaram pontos desafiadores. Esses desafios estão relacionados, em grande medida, ao trabalho dos gestores. Podem ser citados:

- [...] contribuir para consolidar a rede na RENAST/BA; incluir o tema rede na agenda política;

- reduzir a rotatividade das equipes dos CEREST, compostas por profissionais não concursados, na sua maioria;
- encontrar formas de fixá-las as equipes nos serviços, evitar a rotatividade relacionada ao período pós-eleitoral;
- melhorar a relação entre o número de profissionais que compõem as equipes técnicas e a população adstrita;
- investir na capacitação para aprimorar a gestão do trabalho e organizar o processo de trabalho definindo atribuições, evitando todos fazem tudo (GPP).

Considerando estes fatores desafiadores, depreende-se que o contexto das equipes dos CEREST apresenta problemas significativos a serem enfrentados no nível da sua gestão, da gestão das Secretarias Municipais de Saúde e dos gestores das prefeituras municipais, sede de CEREST.

### **3.3.4 O “modelo de acompanhamento apoio matricial”**

No que se refere ao modelo de acompanhamento atualmente a DIVAST trabalha com o modelo da assessoria técnica aos CEREST, com um técnico de referência para cada unidade. Esta assessoria é feita através da Coordenação de Gestão da Rede-COGER. O GPP propôs outra forma de acompanhamento e de monitoramento das equipes, o apoio matricial. Foi constatada uma correspondência entre o que está prescrito na legislação e a percepção dos participantes da pesquisa. O apoio matricial é uma metodologia de acompanhamento que objetiva ofertar, através de uma equipe de retaguarda especializada, suporte técnico e pedagógico as equipes de profissionais de saúde. Requer uma construção compartilhada quanto a forma de abordar os problemas das equipes buscando assegurar qualidade e construção de autonomia. (CAMPOS, DOMITTI, 2007, p. 402).

### **3.4 Avaliação de programa**

No que se refere à “avaliação de programa”, foram sistematizados aspectos em torno dos seguintes pontos:

### **3.4.1 A “caracterização do problema”**

### **3.4.2 A “formulação dos objetivos do programa”**

### **3.4.3 A “seleção de indicadores”**

#### **3.4.1 A “caracterização do problema”**

A variável “caracterização do problema” permitiu identificar que o principal problema dos CEREST/BA é baixa produtividade da maioria dos centros, como também a dificuldade de cada Centro assumir a função de Centro de Referência Regional. Essas questões já foram identificadas em dois outros estudos (SILVA et al, 2011 e SALES, 2014). Entretanto, os achados desta investigação revelavam que a baixa produtividade e a dificuldade de assumir seu papel como centro de referência são sintomas consequentes de outros problemas.

Nesse contexto de preocupação, investiu-se, em primeiro lugar, na identificação de quais problemas, no entendimento dos profissionais que compõem as equipes, tem gerado o baixo desempenho dos CEREST. Identificou-se, então, que os condicionantes e determinantes desta baixa produtividade estão relacionados à RENAST/BA.

Isso inclui “vínculos precários de trabalho com rotatividade das equipes técnicas, falta de organização do processo de trabalho”, “sobrecarga de atribuições em relação ao número de técnicos das equipes”, “discrepância entre a área de abrangência e número de equipes” (GPP).

Incluem-se ainda processos de trabalho complexos que requerem competências de vigilância e assistência em Saúde do Trabalhador, educação permanente e educação em saúde, comunicação e informação, controle social, gestão em rede, intersetorialidade e interdisciplinaridade, além dos conflitos das relações capital trabalho.

Revelou-se a necessidade de se organizar o processo de trabalho, com definição de responsabilidades. Sobre a composição das equipes, há

necessidade de discussão no nível de gestão municipal. Contudo, existe proposta para esta composição, no Manual da RENAST/2012, em fase de consulta pública.

Emergiu também a necessidade de capacitação para o trabalho em rede, capacitação para as diferentes atribuições dos CEREST com apoio matricialpesquisa e criação de tecnologias apropriadas para os novos e diferentes tipos de trabalho urbano e rural e doenças associadas.

Evidenciou-se a dificuldade do CEREST assumir o papel como “Centro de Referência”, e foram identificados diversos problemas concorrem para isto tais como: a dimensão populacional em relação ao tamanho e capacidade instalada das equipes, a diversidade e complexidade dos problemas de saúde do trabalhador, devido as múltiplas formas de trabalho existente, as novas condições de trabalho e tipos de doenças e agravos a saúde do trabalhador para as quais os conhecimentos de assistência e vigilância ainda não foram estabelecidos, fluxos não definidospara assistência a saúde e reabilitação, e outros com as complexidades da gestão e sua dimensão política.

Incluiu-se ainda a necessidade de tecnologias para alcançar grandes populações e acordos políticos para superar os problemas decorrentes da área de atuação regional. Estes fatores foram identificados na pesquisa qualitativa e documental que sustentam a construção das bases do Programa de Educação Permanente.

#### **3.4.2 A “*formulação dos objetivos do programa*”**

A respeito da “formulação dos objetivos do programa”, os participantes da pesquisa sugeriram que o Programa de Educação Permanente para equipes técnicas dos CEREST tenha por base o contexto do trabalho com a perspectiva do trabalho em rede e do estágio atual de implantação da RENAST/BA, que os profissionais sejam incluídos na construção da proposta, que sejam utilizadas metodologias ativas objetivando propiciar o desenvolvimento das competências requeridas aos profissionais das equipes e dos gestores.

Entendem que o processo envolve abordar as questões relacionadas à descentralização das ações de saúde do trabalhador, a perspectiva da integração com as VISA, com o SUS, com destaque para a Atenção Básica e as redes temáticas, conforme descrito nos resultados do eixo RENAST.

### **3.4.3 A “seleção de indicadores”**

Os indicadores de avaliação de desempenho foram considerados fonte de verificação e de informação. Para seleção dos indicadores os participantes da pesquisa propuseram os indicadores PAS 2013/SUVISA/DIVAST que delineiam as metas de produtividade dos CEREST como mais apropriados para uso no programa de educação permanente.

Deste modo, foi feita a substituição dos indicadores nacionais, inicialmente propostos na matriz e os indicadores estaduais servirão de base para avaliar os resultados do programa, quando da sua execução.

1 Número de municípios desenvolvendo ações de saúde do Trabalhador (ST)

- a) Total de municípios com diagnóstico da situação de ST descrita no PMS.
- b) Total de municípios notificando Acidente de trabalho com óbito notificado no SIM e SINAN;
- c) Total de municípios com aumento de registros de agravos e doenças relacionados ao trabalho no SINAN em relação ao quadrimestre anterior;
- d) Total de municípios realizando inspeções em ambientes de trabalho;
- e) Total de municípios realizando ações de ST nas inspeções sanitárias realizadas em estabelecimentos onde a VISA atua;
- f) Total de municípios com atendimentos em ST na Rede SUS registrados no SAIB;

g) Total de municípios com equipes de saúde capacitadas pela DIVAST (Coger/CR Estadual), Dires e SMS.

1. Número de inspeções realizadas em ambientes de trabalho pelas instâncias da RENAST (CEREST e CESAT)
2. Número de trabalhadores atendidos (total de pacientes que chegam diariamente no acolhimento dos ambulatorios) nas instâncias da RENAST (CEREST e CESAT).
3. Número de trabalhadores investigados (total de pacientes absolvidos, ou seja, que geraram 1º consulta no ano ou abertura de prontuário) [...] (PAS/SESAB/DIVAST/2013).

Os indicadores da DIVAST foram correlacionados com as competências relacionadas neste estudo, e, foi constatado que existe correspondência entre eles. Entende-se que, se as equipes técnicas se apropriarem das competências descritas, serão potencialmente capazes de atender de modo a alcançar estes indicadores.

#### **4 SOBRE A “QUALIDADE NOS SERVIÇOS”**

Sobre a “qualidade nos serviços prestados pelos CEREST”, nesta pesquisa, não foram identificados parâmetros de produção de serviços de saúde, no que se refere aos aspectos da qualidade dos serviços. Esta é uma questão a ser enfrentada pelos CEREST/DIVAST.

Três hipóteses foram levantadas para responder a essa ausência.

Uma hipótese refere-se à baixa produtividade, que atraiu sobremaneira a atenção dos participantes da pesquisa que passaram a olhar mais para o seu aumento quantitativo mais do que para a qualidade do produzido.

A segunda hipótese para “esse esquecimento” se refere ao Controle social, que aparece como uma competência, mas que não foi explorado pelos participantes da pesquisa. Entendeu-se que, diante de tantos e complexos problemas, os participantes da pesquisa colocaram o foco em questões

prementes do cotidiano dos serviços, uma vez que o controle social ainda não é uma realidade para a maioria dos CEREST.

Por fim, a terceira hipótese, propõe que a avaliação de qualidade das ações de um serviço de saúde relaciona-se diretamente ao modelo de gestão adotado. Um modelo de gestão deve construir e implantar estratégias para avaliação de grau de satisfação dos usuários do serviço de saúde. Considerando que o modelo de gestão dos CEREST apresenta muitos problemas, a questão da avaliação é mais um fator a ser dimensionado nas práticas de gestão dos CEREST.

Os padrões de qualidade dos serviços de saúde, para Mendes (2008,p.3) podem ter como referencia o *Institute of Medicine* (2001). Este instituto propõe um modelo no qual os serviços de saúde devem ser prestados aos usuários em consonância com os padrões ótimos pré-definidos. Salienta também que os serviços de saúde devem ser submetidos às medidas de desempenho nos níveis da estrutura disponível, dos processos utilizados e dos resultados alcançados.

Os serviços de saúde devem ser ofertados de forma humanizada e precisa atender as necessidades dos usuários e suas expectativas. Devem também agregar programas de controle de qualidade e ser seguros para profissionais de saúde e usuários. Estes parâmetros podem servir de base a construção de formas de avaliação da qualidade dos serviços prestados pelos CEREST.

## **5 SOBRE OS “ATORES”**

Sobre os **“atores”** do processo de atuação na saúde do trabalhador, os participantes incluíram os **“gestores”** e a **“equipe técnica”**.

A categoria **“gestores”** emergiu, no trabalho de campo, muito relacionado à conjuntura política.

1 [...]indicam-se gestores para coordenar os CEREST com pouco conhecimento sobre a Saúde do Trabalhador e gestão em rede” (GPP).

2. [...] os gestores dos CEREST estão subordinados a textos jurídicos que incorporam contradições, como a gestão municipal e atuação regional (GPP).

3. [...] necessidade de um referencial teórico que subsidie a prática de gestão em rede diante da complexidade da saúde, do trabalhador (GPP).

4. [...] necessidade de capacidade administrativa da

gestão

a) diversidade das formas de contratação;

b) precarização de vínculos de trabalho;

c) fragilidades na organização do processo de trabalho;

d) salários baixos;

e) falta de plano de carreira;

f) alta rotatividade dos técnicos devido aos contratos de trabalho provisórios.

Ao lado dos gestores, na opinião dos participantes, como atores do processo de trabalho em saúde do trabalhador está a “**equipe técnica**”.

E, então, observou-se que:

1 [...] composição das equipes técnicas apresenta complexidades próprias das equipes multiprofissionais e da transdisciplinaridade.

2. [...] a diversidade de formações, qualificações e experiências por tempo de serviço apresentadas pelos profissionais.

3. [...] necessidade de um referencial teórico que subsidie a prática de gestão em rede diante da complexidade da saúde, do trabalhador.

4.[...].duplo vínculo de empregos, que reduz a disponibilidade de tempo e investimentos dos profissionais nos CEREST (GPP).

Todos estes fatores associados demandam por uma ação estratégica, planejada de acordo com o contexto, respeitando as características locorregionais, com acompanhamento sistemático, oferta de suporte para instituição e suas equipes técnicas com vistas a mudanças significativas e resolutivas, ainda que processuais e gradativas. Estes fatores e características foram incluídos na formulação das bases para o Programa de Educação Permanente.

O esforço de construção das bases para um programa de educação permanente para os CEREST requereu um significativo investimento de estudos documentais e bibliográficos. Buscou-se clarificar os princípios da educação permanente em saúde, a educação por competência e formas de avaliação com bases nos indicadores. Destacou-se a complexidade da educação permanente em saúde do trabalhador em função das especificidades desta área. Estão consolidados nesta dissertação estudos que podem proporcionar um entendimento ou apontar caminhos de entendimento do tema e para sua prática.

Entretanto, o esforço maior foi identificar a percepção dos profissionais que atuam nos serviços, seja como técnico, seja assessor ou como gestor.

Entende-se que a educação permanente objetiva incorporar o processo ensino-aprendizado à vida cotidiana do trabalho em saúde e deve utilizar estratégias educativas centradas na equipe e no trabalho real, objetivando sua reorganização das práticas.

Deste modo, um Programa de Educação Permanente requer o entendimento do contexto onde a prática cotidiana do trabalho ocorre, assim como as exigências que são postas a cada profissional.

Identificou-se que os condicionantes e determinantes do baixo desempenho dos CEREST estão relacionados ao contexto da RENAST/BA. Neste contexto, inclui-se o trabalho em rede, o estágio atual de implantação da RENAST/BA; questões relacionadas à descentralização das ações de saúde do trabalhador;

a perspectiva da integração com as VISA, com o SUS, com a Atenção Básica, as redes temáticas. Inclui ainda a interdisciplinaridade e intersetorialidade.

Buscou-se, ao longo desta pesquisa, identificar e caracterizar este contexto pela visão dos participantes da pesquisa, reconhecer e incluir a experiência das equipes técnicas. Certamente que a visão da autora está incluída em alguma medida, mas a preocupação primeira foi obter a percepção dos participantes da pesquisa e construir coletivamente as bases do PEP.

Pretendeu-se deixar claro e de forma inequívoca que as pessoas são centrais nas mudanças nas práticas do trabalho. Os profissionais em serviço, motivados por suas intenções, interesses e convicções modulam uma intervenção, sustentam ou impedem que um processo de mudança possa ocorrer.

Uma parte do poder para a mudança está nas mãos dos gestores, no modelo de gestão adotado e a forma de condução da gestão, mas, a experiência das equipes técnicas adquirida no cotidiano dos serviços, coloca a outra parte do poder com os trabalhadores.

Deste modo, um dos principais cuidados que se deve ter na construção do programa é conciliar os interesses do gestor e da equipe técnica, buscando um consenso na construção da proposta, das finalidades, dos resultados desejados e das formas de avaliação.

É necessário além de pactuar metas e indicadores, definir um padrão de qualidade do desenvolvimento das ações.

Para a execução de um PEP, o apoio matricial é uma metodologia de gestão do trabalho interdisciplinar adequada a um projeto que é estratégico. Para tanto, é necessário uma equipe capacitada, que possa assumir esta função com toda a sua complexidade.

Nesta dissertação foram apresentadas vinte e três competências, além dos conteúdos, habilidades e atitudes necessárias às equipes técnicas dos

CEREST/BA, que foram identificadas em documentos e na percepção dos participantes da pesquisa. Entende-se que muitas destas competências devem ser de domínio coletivo, ou seja, de todos os técnicos da rede, outras serão priorizadas por algumas equipes, sempre de acordo os diferentes contextos.

Deste modo, a construção do PEP, deve preceder de uma definição pactuada coletivamente, sobre qual a necessidade ou prioridade está posta para cada equipe específica.

Assim, também, importa ter consciência de que as perspectivas de mudanças nas práticas dos serviços com um programa de educação permanente têm limites e possibilidades, efeitos imprevistos, mas a formação dos sujeitos, das pessoas e equipes, gestores e técnicos neste processo, é o fator mais importante. Para que eles sejam os protagonistas do processo e os agentes da mudança, este reconhecimento é um elemento chave para a construção de um projeto político-pedagógico.

## **CAPÍTULO III**

### **CONSIDERAÇÕES COMPLEMENTARES AOS DADOS RELATADOS NO CAPÍTULO ANTERIOR**

Este estudo buscou demonstrar que dois grandes eixos são necessários para organizar a construção do Programa de Educação Permanente (PEP) para os Centros de Referência Regional de Saúde em Trabalhador (CEREST).

O primeiro eixo, RENAST/BA, engloba o grau de implantação, a configuração e a organização desta rede, definindo temas prioritários e estratégicos a serem abordados prioritariamente pelo PEP.

Tema relevante a ser abordado no PEP: a RENAST/BA. Ficou caracterizada, neste estudo, uma relação importante entre a baixa produtividade de variadas unidades do CEREST no Estado da Bahia e a configuração da rede existente. O tema RENAST/BA é preponderante, com vistas à viabilidade do aprimoramento do trabalho da coordenação e das equipes técnicas dos CEREST.

Esta proposição se sustenta na perspectiva de que a RENAST/BA foi considerada como não implantada, por não preencher os requisitos de um sistema que opera em rede. Compreensão que teve por base a percepção dos participantes da pesquisa, corroborada com os critérios que definem um sistema ou serviço que opera em rede (MENDES, 2010).

Observa-se a necessidade de uniformizar a compreensão de Rede em função dos diferentes entendimentos, deem-se eles nas instâncias governamentais, entre os gestores ou entre os profissionais das equipes técnicas. Caracteriza-se como requisito abordar a rede SUS, a rede temática do SUS, a rede da Saúde do Trabalhador e a integração destas redes. Como deve importar

também operar um sistema ou serviço na lógica de rede, e qual é a feição das redes no cotidiano dos serviços. Esta discussão deve ter por base o contexto da RENAST/BA, envolvendo suas diferentes instâncias.

De acordo com GALDINO, SANTANA, FERRITE (2012, p.152), os estudos já realizados em torno da Saúde do Trabalhador sinalizam o entendimento de que as dificuldades de implantação das ações nesse campo são as mesmas encontradas para o SUS, tais como: falta de articulação entre as instâncias responsáveis pelas ações de Saúde do Trabalhador como o Ministério do Trabalho e Emprego, e a Previdência Social. Ou seja, as dificuldades com o entendimento e a atuação prática em rede.

Dentro desse tema, apresenta-se outra questão a ser considerada, que é a relação de dependência da RENAST/BA para com a atuação da Atenção Básica. Esta deve funcionar como centro organizador e de comunicação(MENDES,2010).

No Estado da Bahia o processo de descentralização das ações de saúde foi tardio. A Atenção Básica, na maioria dos municípios, não possui uma malha suficientemente fortalecida, capaz de alcançar e atender à população de forma eficiente e qualificada. Apresenta fragilidades e não desempenha integralmente o seu papel como centro organizador e de comunicação.

Considerando que a Atenção Básica é a porta de entrada do sistema, é reconhecido que a descentralização das ações de Saúde e, neste caso, da Saúde do Trabalhador, é dependente da atuação da Atenção Básica. Para isto as equipes da Atenção Básica devem ser qualificadas a fim de poder identificar casos de Saúde do Trabalhador. Devem saber utilizar o sistema de referência e contra referência para os CEREST, cuja atuação deve ser de retaguarda técnica e especializada. Isto aponta para uma questão já identificada na PAS (2013), envolvendo o desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador, articuladas com a Atenção Básica e Programa de Saúde de Família. A proposição da PAS é capacitar estas equipes para identificar,

conduzir adequadamente, notificar e referenciar casos que demandem atenção especializada em Saúde do Trabalhador.

O fortalecimento da Saúde, no Brasil, passa necessariamente pelo fortalecimento da Atenção Básica. Em 2009, o Ministério da Saúde apresentou uma proposta sobre Territórios Integrados de Atenção a Saúde (TEIAS), considerada pela Secretaria de Vigilância à Saúde do Ministério da Saúde/MS como uma estratégia concreta para desenvolver redes de atenção, onde está proposta uma série ações para este fim.

O resgate das proposições deste documento pode direcionar para a construção de alternativas de gestão e de formação das equipes técnicas. A proposta envolve a adoção da gestão solidária e compartilhada do SUS e a reorientação dos processos de tomada de decisão sobre a organização das redes. Envolve o planejamento, com base em análise da situação de saúde, o fortalecimento da Atenção Primária apoiada pela Vigilância em Saúde, combinando tecnologias e conhecimentos. Propõe ainda a construção de núcleos e de comissões de articulação intersetorial (BRASIL, 2009, p.8).

Embora a maioria dos CEREST apresente baixa produtividade, alguns CEREST têm conseguido um bom desempenho de suas atribuições no contexto atual da RENAST/BA. O município sede de CEREST que alcançou maior produtividade no Estado da Bahia (SALES, 2014) --- Vitória da Conquista, Bahia ----é o mesmo que já foi premiado pela qualidade do Programa de Saúde da Família no Brasil (TEIXEIRA e SOLLA, 2006). Ainda hoje mantém a qualidade na prestação dos serviços de saúde da Atenção Básica, dispondo de uma rede de atenção bem estruturada. Deste modo, fica caracterizada que, em alguma medida, a atuação eficaz do CEREST é dependente do PSF e Atenção Básica:

O município de Vitória da Conquista, Bahia, no qual oPSF vem sendo implantado desde 1998, constitui-se um exemplo de prática bem sucedida de formação de alianças efetivas entre os gestores locais, os técnicos das organizações externas da saúde, de associações comunitárias e outros agentes ou atoresno processo de implantação e da gestão do Programa (TEIXEIRA E SOLLA, 2006,p.5).

Historicamente, a Saúde do Trabalhador se constituiu de forma diferente das outras VISA (NOBRE, PENA, BAPTISTA, 2011), configurando uma rede específica dentro da rede SUS. Nos últimos anos tem enfrentado o desafio de inserção e integração no contexto das VISA e das redes temáticas do SUS. Na Bahia, a DIVAST junto com a SUVISA e as outras Vigilâncias à Saúde, vem desenvolvendo ações na perspectiva da integração das VISA. Adotam o planejamento integrado e realizam algumas ações integradas, principalmente na área de formação e de educação em serviço. Este também é um desafio de grande porte, considerando as mudanças necessárias nas práticas já estruturadas destes serviços.

Num estudo nacional, Galdino, Santana, Ferrite (2012) afirmam que um dos fatores que dificultam a implantação a Saúde do Trabalhador no SUS é a “separação entre a saúde do trabalhador e as demais vigilâncias desenvolvidas pelo próprio SUS, além dos limites da compreensão do papel destes serviços”(p.152).

Além da integração com a Atenção Básica e entre as VISA, a inclusão da Saúde do Trabalhador na Urgência e Emergência também é um objetivo e um desafio para os CEREST. Considerando que 25% das lesões por causas externas atendidas em serviços de emergência são agravos relacionados ao trabalho (GALDINO, SANTANA, FERRITE, 2012, p.145 apud CONCEIÇÃO, NASCIMENTO, CERQUEIRA, 2003) esta é também uma questão relevante a ser enfrentada.

Deste modo, fica assinalado que o desenvolvimento do trabalho dos CEREST/BA é dependente da reorganização das práticas da Atenção Básica e da integração das VISA e com a Urgência e Emergência.

Estas práticas, portanto devem ser integradas e isto é considerado, neste estudo, como prioritário para consolidar a implantação da RENAST/BA. Assim sendo, o PEP deverá incluir, nas suas ações pedagógicas, estratégias que possam promover articulação política, articulação intra e interinstitucional, que

envolvem apropriação de conhecimentos, habilidades e atitudes para a gestão e para a composição das equipes técnicas.

Depreende-se que, para o enfrentamento dos problemas principais dos CEREST, já descritos nos resultados, a capacitação dos gestores dos CEREST é fundamental. A necessidade de gerenciar uma rede de abrangência regional, mas, com impedimentos legais para esta atuação, requer do gestor uma habilidade política para construir pactos junto aos gestores municipais, de modo a possibilitar uma atuação regional.

Entende-se que os entraves, devido à legislação vigente, requerem uma abordagem junto às diferentes esferas de governo, com vistas a uma futura mudança na legislação ou busca de soluções alternativas para transpor os obstáculos impostos pelo uso de um recurso federal, de uma política estadual, de uma gestão municipal e uma abrangência regional.

O Programa de Educação Permanente (PEP) deve incluir a capacitação do gestor do CEREST como tema prioritário na consolidação das práticas destes centros. A capacitação do gestor envolverá gestão de equipes, definição de atribuições e organização do processo de trabalho, articulação política junto aos secretários de saúde e gestores municipais, bem como articulação intra e interinstitucionais. Envolve ainda a busca de meios para a melhoria dos contratos de trabalho das equipes, buscando reduzir vínculos precários e a consolidação das equipes contratadas por concurso público.

Outra questão importante para os gestores é aprender utilizar as informações epidemiológicas, aproveita-las para argumentar e conseguir inclusão da Saúde do Trabalhador nas agendas políticas, como a exemplo dos já citados 25% dos atendimentos de emergência e mais de 70% dos benefícios da Previdência que decorrem de agravos relacionados ao trabalho (GALDINO, SANTANA, FERRITE, 2012, p.145, apud CONCEIÇÃO, NASCIMENTO, CERQUEIRA, 2003).

Observa-se que a contratação por concurso público, é mais um fator que pode ser correlacionado ao aumento da produtividade dos CEREST. No estudo de (SALES, 2014), o CEREST de Vitória da Conquista possui a maior produtividade e neste município, toda a equipe é concursada (DIVAST, 2013). Comparando os achados neste estudo (SALES, 2014) e no documento institucional (DIVAST, 2013), observa-se que os CEREST com maior produtividade são aqueles em que os gestores assumem efetivamente as suas funções e as equipes tem maior número de profissionais concursados.

Além destas questões, outras se apresentam, evidenciando a complexidade da gestão dos CEREST. Um estudo nacional, que envolveu 125 CEREST regionais e estaduais, feito por Galdino, Santana e Ferrite(2012, p. 152)apud Dias et all (2010) identificou que existem dificuldades de compreensão do papel destes serviços e das ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador. Destacaram a capacidade limitada dos técnicos para estas ações e a falta de suporte especializado, a existência de conflitos políticos envolvendo governantes locais e donos de empresas, a falta de estabilidade dos vínculos e dificuldades de alcançar a região a ser coberta pela regionalização. Os resultados do estudo de Galdino, Santana e Ferrite (2012) corroboram os encontrados neste estudo e apontam na direção de similaridades entre os problemas enfrentados pelos CEREST no nível nacional e no Estado da Bahia.

Outro estudo, feito por Dias, Chiavegatto, Vasques, Silva, Reis e Silva, J. (2010, p.66-74), identificou a situação de organização e funcionamento dos CEREST e avaliou a RENAST no Estado de Minas Gerais, no período de 2002 a 2007.Os resultados do estudo mostraram que existem “dificuldades na definição do papel do CEREST, dilemas sobre a priorização de ações de assistência ou vigilância, necessidade de capacitação das equipes e dificuldades para articulações intra e intersetoriais”.Concluiu que há necessidade de considerar o perfil produtivo regional e pactuar indicadores e metas, que devem ser utilizadas práticas de avaliação contínua e aperfeiçoamentos sistemáticos para a gestão.

Deste modo, observa-se uma correspondência entre os problemas enfrentados em estados diferentes da República, tais como Minas Gerais e Bahia. Mas, observa-se que, embora os problemas sejam semelhantes, na Bahia, existe o agravante decorrente dos problemas da fragilidade da Atenção Básica e da incipiente implantação da RENAST/BA.

A maioria dos CEREST, no Brasil, apresenta problemas de avaliação e de gestão, assim como naqueles implantados no Estado da Bahia. Deste modo, os temas, gestão e avaliação, devem ser considerados estratégicos. O desenvolvimento do PEP, associado à metodologia do apoio matricial e institucional, poderá enfrentar alguns dos problemas da gestão e avaliação, mas outros, que envolvem a dimensão política da gestão, irão requer diferentes estratégias de enfrentamento.

Diante da complexidade das ações em Saúde do Trabalhador, que inclui a relação capital-trabalho e dos muitos problemas a serem enfrentados, sobre os quais os CEREST têm baixa governabilidade existe o risco de culpar o trabalhador do CEREST pela sua baixa resolutividade e produtividade. Agregase a estas crescentes demandas as dificuldades, já descritas quando - nesta dissertação - abordamos a RENAST, geradas pelos vínculos de trabalho precários existente em muitos CEREST.

No Brasil, a precarização sempre esteve presente de forma consistente, mas hoje, de acordo com Druck (2013), há nova precarização social do trabalho que “alcança as regiões mais desenvolvidas até as menos desenvolvidas, atinge dos setores mais modernos até as formas tradicionais de trabalho informal, abarca trabalhadores qualificados e não qualificados” (p.61).

[...] essa precarização se estabelece se institucionaliza como um processo social que instabiliza e cria uma permanente insegurança e volatilidade no trabalho, fragiliza os vínculos e impõe perdas dos mais variados tipos (direitos, empregos, saúde, vida) para todos que vivem do trabalho. (DRUCK, 2013, p. 60).

Dentre os tipos ou formas de apresentação da precarização, Druck (2013) sinaliza as seguintes: a organização e as condições de trabalho, as metas

inalcançáveis, a polivalência do trabalhador, a rotatividade, o não reconhecimento, a não valorização simbólica que pode ocorrer no processo de construção de identidade individual e coletiva, gerando alienação do trabalho.

A descartabilidade das pessoas, a insegurança e a desvalorização pela precarização dos vínculos aprofundam o processo de coisificação das relações humanas e levam a “banalização da injustiça social” (Dejour, 2005) e a “corrosão do caráter” (Sennett, 2007). (DRUCK, 2013, p. 62).

Observa-se que muitas das condições descritas por Druck (2013) existem nos CEREST, conforme descrito no presente texto. Deste modo, considera-se que qualquer avaliação deve ser cuidadosa e deve considerar o contexto, evitando cobrar e onerar o trabalhador do CEREST, diante das condições apresentadas.

Pelo mesmo motivo, deve também ser feita uma abordagem cuidadosa da gestão e da equipe técnica, objetivando enfrentar os problemas de forma integrada.

O segundo eixo abordado por esta investigação refere-se à Educação Permanente.

A proposição do Programa de Educação Permanente, aqui apresentada, envolve a descrição de um conjunto de capacidades necessárias aos CEREST e sobre como fazer para alcançá-las.

Evitou-se o uso do termo currículo por não se tratar de um curso, mas de um programa que envolve um processo e uma articulação com um contexto do trabalho. Desta forma, o “conjunto de capacidade” aqui significa um guia, um elemento norteador, mas que será balizado pelos fatos do cotidiano dos serviços.

Com base nas competências descritas e indicadores selecionados, foram estabelecidas as bases para elaboração do Programa de Educação Permanente e uma proposta de acompanhamento e de avaliação, ao lado dos

elementos necessários ao planejamento operativo para a execução do programa.

Explica-se que não foi formulado estritamente um Programa devido a sua característica que requer incluir o contexto, os gestores, as decisões políticas, os recursos disponíveis e os participantes por ocasião da sua execução. Deste modo, foram descritas as bases, que podem ser aplicadas, de acordo com as necessidades para a formulação do PEP, por ocasião da sua proposição detalhada e execução.

Obviamente, entende-se que o alcance do Programa é uma perspectiva ou uma possibilidade, mas pretende-se oferecer um guia para um processo cheio de desafios. Em um contexto apropriado à sua execução, o mapa descrito pretende contribuir para desenvolver capacidades necessárias às atribuições das equipes técnicas e, por conseguinte, atender as metas e aos indicadores propostos para os CEREST/BA, objetivando um aumento de produtividade nas ações de Saúde do Trabalhador, de resolutividade dos problemas de Saúde do Trabalhador nas regiões de abrangência dos CEREST/BA.

Foi escolhida a formação por competência, que trabalha com saberes em uso, valores e atitudes, buscando uma aprendizagem integrativa e significativa e por esta razão, imbricada ao trabalho. A competência, de acordo com a análise feita por Ramos (2011), tomando por base diversos sistemas de competência profissional, [...] “está sempre associada à capacidade do sujeito desempenhar-se satisfatoriamente em reais situações de trabalho, mobilizando os recursos cognitivos e sócio-afetivos, além de conhecimentos específicos” (p.285).

Este conjunto de capacidade envolve um elenco de competências, identificado, junto a representantes de diferentes instâncias da RENAST. Inclui os conteúdos, as habilidades ou procedimentos e as atitudes necessárias ao desenvolvimento destas competências. Foi construído a partir da identificação dos requisitos básicos para a formação das equipes, com sustentação nas exigências legais dispostas nos documentos normativos federais, estaduais e

municipais e nos documentos institucionais, com base nas atribuições normatizadas.

Os temas principais foram: Planejamento e Gestão em Saúde do Trabalhador; Vigilância em Saúde do Trabalhador; Assistência Integral em Saúde do Trabalhador; Informação em ST; Articulação Interinstitucional e Controle Social; Educação Permanente; Gestão de Recursos Financeiros; Comunicação e Educação em Saúde.

Incluiu também temas outros, a serem abordados no enfrentamento de problemas estratégicos e prioritários, identificados nas diversas etapas do trabalho de campo, juntos aos profissionais que irão executar, acompanhar e avaliar o Programa, bem como junto aos profissionais a quem o programa se destina, como já citados no resultado eixo RENAST: Redes e Gestão em rede; estratégias para articulação com Atenção Básica e com as redes temáticas; organização do processo de trabalho dos CEREST; análise da situação de saúde como prática incorporada ao processo de trabalho dos CEREST; planejamento e avaliação; estratégias para atuação regional, com definição de limites de factibilidade; trabalho por projetos técnicos articulados com evidencia na área de abrangência delimitada.

Outro tema se refere às ações de vigilância junto a grandes grupos populacionais de trabalhadores. Entende-se que Saúde do Trabalhador, como parte do campo da Saúde Coletiva, deve priorizar ações que alcancem grandes grupos populacionais, potencializando os recursos disponíveis. Decorre daí a necessidade da priorização destas ações e da preparação das equipes técnicas dos CEREST para lidar com empresas, indústrias e instituições de grande porte, onde a força do capital, os confrontos com as relações de poder são complexos.

O outro tema ainda, a ser abordado no PEP, refere-se à reabilitação, que se constitui num desafio para a Saúde do Trabalhador, devido à crescente demandada de trabalhadores afastados do trabalho por diagnósticos de

doenças relacionadas ao trabalho ou sequelas decorrentes de acidentes de trabalho.

A insuficiência das ações de saúde do trabalhador no tratamento e reabilitação de trabalhadores no Brasil tem sido reiteradamente denunciada através de movimentos sociais organizados e movimentos espontâneos, gerando tensões e impasses com prejuízos principalmente para os trabalhadores em situação de vulnerabilidade, adoecimento e excluídos do mercado de trabalho. (LIMA, MAGALHÃES, ANDRADE, MOTA, SÁ, 2011, p. 208).

Tema relevante é também a comunicação cujas possibilidades são as mais diversas, desde a divulgação para a população trabalhadora da importância do conhecimento sobre os riscos reais ou potenciais dos ambientes e processos de trabalho, para saúde. Inclui ainda divulgação de informações sobre direitos do trabalhador, das formas de prevenção com usos dos Equipamentos de Proteção Coletiva e Individual, informações sobre o acesso a sistemas e serviços de saúde que desenvolvem ações de vigilância e assistência até a reabilitação.

Entende-se que as equipes devem ser capacitadas a buscar apoio nos meios de comunicação de massa, que possam alcançar grandes populações.

Ressalta-se também a importância do controle social, da participação popular na Saúde do Trabalhador. Na análise do papel da participação popular no processo de Gestão do PSF bem sucedida em Vitória da Conquista, foram destacados três aspectos centrais:

[...] “a) a composição da equipe de Saúde da Família e a proposta de organização do seu processo de trabalho; b) o estímulo a criação e ao funcionamento dos Conselhos Locais de Saúde entendidos como instrumentos de gestão participativa das Unidades de Saúde da Família; c) o estabelecimento de uma relação estratégica entre gestores e mídia (radio e TV)” (TEIXEIRA, SOLLA, 2006, p. 30).

Desta forma, caracteriza-se que a comunicação e o controle social são temas relevantes a serem abordados pelo PEP. Estes aspectos precisam ser priorizados na capacitação das equipes dos CEREST com vistas a consolidar práticas de controle social na Saúde do Trabalhador, ainda incipientes para a maioria destes (DIVAST, 2013).

Uma questão apontada por Vasconcelos et al (2010) sobre o voluntarismo dos profissionais da VISAT para atuar como formadores, abre uma perspectiva de discussão sobre a capacitação destes profissionais para esta atribuição.

Para estes profissionais é requerido, além do domínio do tema, conhecimentos de planejamento de ensino, de formação por competências, do uso de metodologias ativas, de acompanhamento e supervisão, de avaliação de ações de formação. Inclui ainda o domínio de trabalho com grupos e trabalho por projetos. Entretanto, esta questão pode ser enfrentada com o curso para apoiadores, que contempla uma formação envolvendo todos estes aspectos.

De toda maneira, observa-se que é mais uma competência entre as múltiplas requeridas dos profissionais da Saúde do Trabalhador, levando a uma reflexão sobre a sobrecarga de trabalho imposta aos mesmos, que foi referida na pesquisa de campo e discutida, corroborando os estudos de Druck (2013).

Na Bahia, mais recentemente, a Universidade Aberta do SUS (UNASUS/BA) vem promovendo curso de formação de instrutores com pagamento de horas aula aos mesmos. Entretanto esta formação alcança mais fortemente os profissionais do município de Salvador, ficando o interior do estado desprovido de oferta e com demanda reprimida.

Ainda outro tema importante a ser levando em conta nos processos formativos das equipes dos CEREST é a pesquisa, assim como a articulação dos CEREST com Instituições de Ensino Superior (IES), com centro de produção de conhecimentos avançados, seja em Salvador/BA, ou em outros estados do Brasil ou ainda internacionais. Isto potencialmente contribuiria para o desenvolvimento de novas tecnologias para os diversos campos de atuação em Saúde do Trabalhador.

O PEP poderá estimular o desenvolvimento de estratégias de articulação entre os CEREST, Universidades e Centros de pesquisas da sua região, buscando

alternativas aos problemas locorregionais, através de parceiras interinstitucionais.

Esta articulação da pesquisa, através do PEP, poderia contribuir para consolidar as práticas nos serviços e ampliaria o seu alcance, seja no nível da gestão, seja no nível das ações técnicas. A área da Saúde do Trabalhador demanda por novos métodos e técnicas para acompanhar a crescente diversidade de problemas a serem enfrentados, em função das novas tecnologias utilizadas no trabalho e suas consequências para a saúde.

Observa-se que, historicamente, o CESAT vem desempenhando este papel, formando lideranças e construindo conhecimento através da articulação com as IES. Entretanto, esta lógica e esta forma de construção de conhecimento não foi transferida aos CEREST/BA.

Entende-se que muitas dificuldades se apresentam para esta proposição, mas, ela pode ser um eixo organizador e de formação para as equipes dos CEREST/BA. Ressalta-se que com os mestrados profissionalizantes, haja vista este próprio trabalho, diversos profissionais são capacitados para a pesquisa e a produção integrando academia e serviço.

Entretanto, não deve ser considerado apenas o que os trabalhadores dos CEREST devem saber, saber fazer e saber ser, nem apenas as capacidades e competências que devem adquirir para fazer o seu trabalho. É preciso incluir uma reflexão sobre o excesso de atribuições requerido aos trabalhadores dos CEREST.

Uma análise sobre este aspecto revela um grau de exigência intelectual elevado, um acúmulo de funções, uma diversidade de atribuições associado a um alto grau de pressões, como explicitados nos resultados. Uma frase muito comumente utilizada em Saúde do Trabalhador é “vamos ter que trocar pneu com o carro andando”, significando que um grande esforço é requerido numa situação desafiadora.

Os estudos de Amoriã (2010) clarificam a importância destas questões:

A exploração combinada da força de trabalho do tipo fordista com a do “trabalhador recomposto” muito mais funcional e submetido ao novo padrão de acumulação, garante um aumento crescente das taxas de mais valor relativo. A pressão causada pelo aumento do desemprego influencia perversamente o trabalhador. Ele se vê forçado e convencido a assimilar novas qualificações, a acumular novas funções-com o autocontrole e definição de metas e objetivos produtivos –que estão diretamente relacionados a uma ideologia meritocrática que prega a dedicação, iniciativa e comprometimento profissionais. Consagra-se um trabalhador participativo, na qual estaria pressuposta a comunidade de objetivos e interesses, quando na prática, ela só faz intensificar o ritmo do trabalho e a subordinação do trabalhador coletivo ao capital (AMORIã,2010,106).

Talvez porque seja necessário, diante das condições existentes, um grau de distanciamento para executar o trabalho, as equipes dos CEREST tendem a enxergar o trabalhador como o outro.

Parece existir uma significativa dificuldade de perceber a si mesmo como trabalhador e sujeito aos mesmos os riscos e agravos decorrentes do ambiente e das condições de trabalho. A expressão de um participante da pesquisa, no encerramento do último trabalho de campo, no último minuto, de pé e já saindo da sala, revelou esta questão.

Então, o participante solicitou que a pesquisadora substituísse, em uma frase da matriz de competências trabalhada, o nome trabalhador por equipe técnica, porque não se reconhecia com o nome “trabalhador”. O grupo apoiou a sua colocação. Fica deste modo expresso a dificuldade dos profissionais se verem como trabalhadores. Demonstra que é necessário incluir as questões da precarização do trabalho e da Saúde do Trabalhador como um tema a ser abordado no PEP.

Para avaliar do PEP, quando da sua execução, está apresentado neste trabalho elementos necessários à uma avaliação, apresentados nos resultados. Não foi feito um modelo teórico lógico por razões de viabilidade de tempo. Explica-se que foi feito um planejamento inicial para três fases de trabalho de campo, mas no decorrer do processo da pesquisa, foi necessário incluir mais

outras três etapas. Deste modo, foram gerados muitos dados a serem trabalhados, o que inviabilizou a elaboração de um modelo teórico-prático.

Sobre a qualidade dos serviços, foi feita a proposição frente à necessidade de trabalhar com parâmetros de qualidade. Sugere-se a adoção de critérios do Institute of Medicine (2001), de acordo com Mendes (2008) que propõe que os cuidados devem ser prestados em consonância com padrões ótimos pré-definidos, com medidas de performance, controle de qualidade, prestados de forma humanizada e satisfazem às expectativas dos usuários, entre outros critérios já descritos nos resultados.

Considera-se que é necessário analisar a situação dos profissionais da Saúde do Trabalhador por dois ângulos diferentes: um se refere à instituição CEREST e outro se refere aos trabalhadores desta instituição.

Observa-se que o CEREST é uma instituição que legalmente ocupa um espaço complexo devido a sua área de atuação, que é de abrangência regional. Isto traz uma série de complicadores, em função da inexistência de um gestor regional, com o que ocorre na instância federal, estadual e municipal. Fator que causa conflitos de interesse dentro dos municípios, dificuldades de realização de algumas atividades por questões relacionadas ao uso do recurso. O grau de autonomia, por parte do gestor do CEREST, é baixo, conforme já apresentado anteriormente.

Por outro lado, os trabalhadores dos CEREST enfrentam diversas dificuldades já descritas. Mas não pode ser esquecido que, mesmo diante das dificuldades, existem CEREST operantes e produtivos, o que revela que dificuldades podem ser transportadas e estratégias de enfrentamento podem ser buscadas para solucionar ou minorar os problemas.

Desta forma, pode-se inferir, que as condições de trabalho atuam desmotivando as equipes, promovendo desestímulo e desinteresse na execução do trabalho. Observa-se que metas inalcançáveis, desafios maiores que os recursos disponíveis atuam como fatores limitadores e que conduzem

ao alienamento do trabalho (Druck, 2013). Desta forma, deve-se colocar como tema para o PEP também uma reflexão sobre a motivação para o trabalho, ajuste de metas, alinhamento dos recursos disponíveis ao trabalho a ser realizado.

Para implantar o programa, será necessário elaborar um planejamento operativo o qual propomos que seja como base nos pressupostos do enfoque estratégico-situacional do planejamento em saúde segundo Testa, Bem como propomos que deve ser construída uma programação operativa, com base em Teixeira, Vilasbôas (2012) que define passos metodológicos para elaboração de um projeto de execução de um programa.

Estes passos incluem: caracterização da visão de futuro e da missão institucional; definição do ator que planeja; caracterização dos problemas; formulação preliminar das proposições articuladas com as diretrizes políticas da instituição; análise e construção da viabilidade das proposições; elaboração da programação operativa e cronograma físico-financeiro; definição das perguntas de avaliação e da matriz de indicadores de monitoramento/avaliação; gestão do projeto: sistema de petição e prestação.

Foi incluído um anexo (ANEXO 1) contendo um Guia Metodológico para Elaboração de Projetos Dinamizadores para Secretarias Estaduais de Saúde, com o objetivo de propiciar um elemento facilitador a instituição que irá desenvolver o PEP, com base nestas proposições postas nesta dissertação.

Desse modo, ficam, na exposição do capítulo anterior e deste, bases e guias para um Programa de Educação Permanente para as equipes de profissionais que atuam nos CEREST da Bahia.

A capacidade organizativa produtiva, assim como a capacidade de se confrontar com novos e sucessivos impasses no cotidiano exigem constantemente vigilância, o que significa promoção de um ambiente saudável e produtivo no trabalho, prevenção de agravos dos problemas existentes com busca sistemática de soluções, e, ainda incansáveis atos de aprendizagens e

gestão. Atos educativos e atos de aprendizagens são para a vida toda, seja no âmbito pessoal ou institucional. Decorre daí a necessidade, como bem expressa a denominação, “educação permanente”.

## RECOMENDAÇÕES

No desenvolvimento deste estudo, identificamos muitos problemas que resultaram na baixa produtividade, falta de resolutividade e dificuldade dos CEREST/BA de atuarem como centro de referência regional, como já descrito no corpo desta dissertação.

Entendemos que, para o enfrentamento efetivo dos problemas, é necessário atuar sobre estes impasses de forma integrada, o que implica em ações de diferentes níveis de complexidade e abrangência, a saber:

- Necessidade de uniformizar a compreensão, em todas as instâncias e entre os profissionais do que é e como opera um sistema de saúde em rede.
- Reconhecer o estágio de implantação da RENAST e compreender que esta é a base sobre a qual os serviços são desenvolvidos.
- Definir o que o CEREST quer alcançar, considerando suas atribuições e seus recursos disponíveis:
- Reconhecer a relação de dependência da RENAST/BA para com a atuação da Atenção Básica. Isto implica na necessidade de articular, integrar e promover ações de capacitação em Saúde do Trabalhador para as equipes da Atenção Básica, com o estabelecimento de fluxos de referência e contra referência;
- Reconhecer que o desenvolvimento do trabalho dos CEREST/BA é dependente da integração das VISA. Isto implica em ampliar as ações de vigilância em saúde do trabalhador de forma integrada às VISA;
- Integrar as ações dos CEREST com outros serviços do SUS, como a Urgência e Emergência, com outras redes temáticas do SUS e com os serviços de Reabilitação;
- Analisar a situação dos profissionais da Saúde do Trabalhador por ângulos diferentes: da instituição CEREST, do gestor do CEREST e relativo aos trabalhadores desta instituição;
- Reconhecer a complexidade do lugar que o CEREST ocupa na RENAST/BA, o que implica em busca de soluções para as questões da abrangência regional;
- Capacitar os gestores dos CEREST para uma gestão que envolve elementos políticos, questões do poder da relação capital/trabalho, gestão administrativa e

financeira de um serviço que opera em rede, avaliação dos serviços no que se refere a produtividade e parâmetros de qualidade;

- h) Capacitar gestores para reorganizar o processo de trabalho, qualificar e manter as equipes, reduzir a rotatividade, reduzir as formas de precarização do trabalho e incluir medidas de proteção da Saúde do Trabalhador para as equipes técnicas;
- Capacitar gestores para motivar as equipes, ajustar metas, alinhar os recursos disponíveis ao trabalho a ser realizado.

Identificamos que, para o desempenho das atribuições das equipes técnicas, é requerido aos profissionais o desenvolvimento de um conjunto de competências para atuar em: Planejamento e Gestão em Saúde do Trabalhador; Vigilância em Saúde do Trabalhador; Assistência Integral em Saúde do Trabalhador; Informação em Saúde do Trabalhador; Articulação Interinstitucional e Controle Social; Educação Permanente; Gestão de Recursos Financeiros; Comunicação e Educação em Saúde.

Todos os profissionais da equipe devem possuir ou desenvolver este conjunto de capacidade, entretanto, a amplitude destas capacidades requeridas será balizada pela função do profissional no cotidiano dos serviços. Deve ainda ser incluído um incentivo para pesquisa e para a articulação dos CEREST com Instituições de Ensino Superior (IES).

A correspondência identificada entre os problemas nos estados do Brasil, em especial Bahia e Minas, revela que os problemas da RENAST estão relacionados aos problemas do SUS, que, se muitos avanços conseguiram nas últimas décadas, muitos desafios existem ainda para serem enfrentados no momento presente. Entretanto, Bahia e Minas são Estados que historicamente tem tido uma atuação profícua no campo da saúde do trabalhador, mas, ainda assim, se deparam com muitos obstáculos a serem superados.

Entretanto, considerando a grandeza da causa da saúde do trabalhador, os obstáculos podem ser redimensionados e, em função destes nobres objetivos, necessitamos manter a motivação para superar as dificuldades.

Este trabalho tem a pretensão de contribuir, em alguma medida, para uma reflexão sobre a RENAST/BA, e para a atuação, sobre alguns problemas dos

CEREST/BA, a fim de ampliar o alcance de suas ações para um maior número de trabalhadores e com mais qualidade.

Neste propósito, foram elaboradas as bases para um programa de educação permanente para as equipes dos CEREST. Construído coletivamente, este estudo inclui e reconhece que os profissionais dos serviços são os fundamentais para a mudança e reorganização das práticas, com o apoio da gestão e com os fundamentos de uma educação voltada para a liberdade.

Como última recomendação, buscar integrar os objetivos institucionais aos objetivos dos profissionais, reconhecendo-os com autores e artífices dos processos de mudança, pois são eles que detêm o conhecimento sobre o trabalho cotidiano e realizam as práticas dos serviços. Deste modo, esta parceria gestão e trabalhadores é um caminho potencial de sucesso para uma instituição.

## REFERÊNCIAS

AFONSO, Maria Lucia M. (Org.) **Oficinas de dinâmicas de grupo: uma intervenção psicossocial**. Belo Horizonte: Edições do Campo Social, 2003.

ANTUNES, Ricardo (org), **Riqueza e Miséria do Trabalho no Brasil II**. Primeira Edição, São Paulo Boitempo Editorial, 2013

AMORIAM, Henrique in Antunes, Ricardo (org), **Riqueza e Miséria do Trabalho no Brasil II**. Primeira Edição, São Paulo Boitempo Editorial, 2013, p.106-117

BAHIA. Alinhamento das ações de ST entre DIRES, CEREST DIVAST: documento institucional. Elaborado para o 1º encontro Estadual com as Diretorias Regionais de saúde em ST, e 3º Encontro de Gestores Municipais dos municípios Sede de CEREST. Salvador: SESAB/SUVISA/DIVAST, 2014. Não publicado.

BAHIA. Coordenação de Educação, Comunicação e Informação em ST – CECI - Ciclo de oficinas sobre competência em saúde do trabalhador nas instancias da RENAST-BA. Salvador: SESAB/SUVISA/DIVAST/CESAT, 2009. Não publicado.

BAHIA. DIVAST. Encontro com os Gestores Municipais dos Municípios sede de CEREST sobre as metas anuais do PES 2012-2015: dimensões da agenda estratégica DIVAST/SESAB 2013/2014. Texto não publicado

BAHIA. Governo do Estado da Bahia. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia – SESAB. Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde – SUVISA. Plano estratégico de saúde do Trabalhador para o Estado da Bahia – Planest. Salvador/Bahia: Diretoria de Vigilância e Atenção a Saúde do Trabalhador, DIVAST, Centro estadual de referência a saúde do Trabalhador, 2011.

BAHIA. Secretaria Da Saúde do Estado da Bahia – SESAB. Relatório do III Encontro Estadual com Gestores Municipais da Saúde de Municípios Sede de CEREST DIVAST/SUVISA/SESAB/BAHIA, 2014. Não publicado.

BAHIA. Secretaria Da Saúde do Estado da Bahia – SESAB. Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde - SUVISA Resolução CIB/BA n.º 84/2011. Salvador: Diário Oficial do Estado da Bahia, 2011.

BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia – SESAB. Relatório de gestão. Disponível em: <[http://www.saude.ba.gov.br/pdf/rag\\_2010\\_final.pdf](http://www.saude.ba.gov.br/pdf/rag_2010_final.pdf)>. Acesso em: 25 maio 2014.

BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Diretoria de Vigilância e Atenção a Saúde do Trabalhador – DIVAST. Relatório do 1º Encontro e 8º Seminário da RENAST. Salvador, Julho 2012. Mimeografado, Cópia disponível na DIVAST.

BAHIA. Superintendência de Vigilância a Saúde – SUVISA. Diretoria de Vigilância e Atenção a Saúde do Trabalhador - DIVAST. Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora - SUS. Salvador 2014.

BAHIA. Superintendência de Vigilância a Saúde – SUVISA. Diretoria de Vigilância e Atenção a Saúde do Trabalhador - DIVAST. Relatório de Gestão Ano 2009. Salvador, 2010. Mimeografado.

BAHIA. Superintendência de Vigilância a Saúde – SUVISA. Diretoria de Vigilância e Atenção a Saúde do Trabalhador – DIVAST -COGER. Questionário de Atualização dos CEREST. Fev 2013. Mimeografado.

BARBOUR, Rosaline. **Grupos focais**. Trad. de Marcelo Figueiredo Duarte. Porto Alegre: Artmed, 2009.

BORBA, Sergio; ROCHA, Jamessom (org.). **Educação & Pluralidade**. Brasília: Plano editora, 2003.

BRASIL. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 3.120/98. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-2437.htm>>. Acesso em: 6 set. 2013.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)>. Acesso em: 24 abr. 2014

BRASIL. Ministério da Educação. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/seed/arquivos/pdf/tvescola/leis/lein9394.pdf>>. Acesso em: 30 set. 2014.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução nº 196/96, versão 2012. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/web\\_comissoes/conep/aquivos/resolucoes/23\\_0ut\\_versao\\_final\\_196\\_ENCEP2012.pdf](http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/aquivos/resolucoes/23_0ut_versao_final_196_ENCEP2012.pdf)>. Acesso em: 03 maio 2014.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 03 maio 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823\\_23\\_08\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html)>. Acesso em: 6 set. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora - SUS. Salvador, 2014. Cap. V, Anexo I.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM nº 1.996/2007. Disponível em: <[http://www.saude.al.gov.br/sites/default/files/portaria\\_gm\\_ms\\_1996\\_20-08\\_2007.pdf](http://www.saude.al.gov.br/sites/default/files/portaria_gm_ms_1996_20-08_2007.pdf)>. Acesso em: 28 abr. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM nº 2.200/2011. Disponível em: <<http://www.cib.rj.gov.br/deliberacoes-cib/66-2012/setembro/2243-deliberacao-cib-n-1967-de-13-de-setembro-de-2012.html>>. Acesso em: 28 abr. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM nº 2.813/2008. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt2813\\_20\\_11\\_2008.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt2813_20_11_2008.html)>. Acesso em: 28 abr. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM nº 2.953, de 25 de novembro de 2009. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2953\\_25\\_11\\_2009.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2953_25_11_2009.html)>. Acesso em: 28 abr. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM nº 2.953/2009. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sgtes/2009/prt0011\\_14\\_12\\_2009.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sgtes/2009/prt0011_14_12_2009.html)>. Acesso em: 28 abr. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM nº 4.033/2010. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/109650-2200.html>>. Acesso em: 28 abr. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Disponível em: [www.saude.gov.br/sgte](http://www.saude.gov.br/sgte). Acesso em: 8 set. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Disponível em: [www.saude.gov.br/sgte](http://www.saude.gov.br/sgte). Acesso em: 8 set. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde: SGTES: políticas e ações. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. DECRETO nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Caderno de Informações para a Gestão Interfederativa no SUS, 2012. Disponível em:

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno\\_informacoes\\_gestao\\_interfederativa.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_informacoes_gestao_interfederativa.pdf)>. Acesso em 24 maio 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Promoção e vigilância em saúde, nas redes de atenção/Territórios de Atenção à Saúde - Teias. Brasília, 29 de março de 2009.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza; DOMITTI, Ana Carla. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para a gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 20, p. 399-407, fev. 2007.

CANARIO, R. Formação e mudanças no campo da saúde. In: \_\_\_\_\_. (org.). Formação e situações de trabalho. Porto: Porto Editora, 1997. p.117-136.

CHAMPAGNE, François. et al. A avaliação no campo da saúde: conceitos e métodos. In: CONTRANDRIOPOULOS. et al. (Org.). Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. Cap. 2.

DIAS, Elizabeth Costa; CHIAVEGATTO, Cláudia Vasques; SILVA, Thais Lacerda e; REIS, Juliana do Carmo; SILVA, Jandira Maciel da. Construção da RENAST em Minas Gerais: a contribuição dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), 2002-2007, Rev. méd. Minas Gerais; 20(2,supl.2):S66-S74, abr.-jun. 2010.

DRUCK, G. in Antunes, Ricardo (org), Riqueza e Miséria do Trabalho no Brasil II. 1º ed. São Paulo Boitempo Editorial, 2013, p. 55 -73.

FERNANDES, Rita de Cássia Pereira; RÊGO, Marco Antônio Vasconcelos. Construção e consolidação de práticas no CESAT. In: NOBRE, L.; PENA P.; BAPTISTA, R. (Org.). A saúde do trabalhador na Bahia: histórias, conquistas e desafios. Salvador: EDUFBA, 2011. Cap. 3, p.141-156.

FRANCO, Túlio Batista; MEHRY, Emersom Elias. Os usos de ferramentas analisadoras dos serviços de saúde: o caso do serviço social do Hospital de campinas da UNICAMP. Trab. educ. saúde, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, Set 2004.

JACOBINA, Alexandre; NOBRE, Letícia. **Curso para capacitação de técnicos do SUS em Vigilância da saúde do Trabalhador com ênfase nos ambiente e processos de trabalho**. Salvador, 2013. Não publicado.

LIMA Elvira Caires de, Vilasbôas, Ana Luiza Queiroz, Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 27(8):1507-1519, ago, 2011

LIMA, Monica Angelim Gomes de, MAGALHÃES, Francesca de Brito, ANDRADE, Andreia Gaborggine Melo, MOTA, Esperança Maria de Cravalho Lino, SÁ, Sylvia Regina de Carvalho in NOBRE, L.; PENA P.; BAPTISTA(org), R. **A saúde do trabalhador na Bahia**: histórias, conquistas e desafios. Salvador: EDUFBA, 2011, p. 217,248.

LUCKESI, Cipriano Carlos. **Avaliação da aprendizagem**: componente do ato pedagógico. 1. ed. São Paulo: Editora Cortez, 2011.

MACHADO, Nilson José. Sobre a idéia de competência. In:PERRENOUD, Philippe. et al. **As competências para ensinar no século XXI**: a formação dos professores e o desafio da avaliação. Trad. Claudia Shilling e Fátima Murad. Porto Alegre: Artmed Editora, 2002. Cap. 6, p. 137-176.

MATUS, C. Política, planejamento e governo. Brasília: Editora IPEA, 1993.

MENDES E. V. **As redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte, 2008. Mimeografado, p.3.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

MERHY, E. E. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. Interface: Comunicação, Saúde, Educação. Botucatu, v.9, n. 16, set/fev. 2005. Disponível em: <<http://dx.doi.org>>. Acesso em: 8 mar.2014.

MINAYO M. C. S. (Org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Rio de Janeiro: Vozes, 2001.

MINAYO M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1994.

MINAYO-GOMEZ, C.; THEDIM-COSTA, S. M. F. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, p. 21-32, 1997.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisas em saúde. 2. ed. São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec - ABRASCO,1992.

MOLEZINE, Joana. **Apresentação em Power Point**: COPEL, GASEC, SESAB. 2003. Não publicado.

MOTTA, J. I. J.; BUSS, P.; NUNES, T. C. M. Novos desafios educacionais para a formação de recursos humanos em saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação. Brasília. MS, 2004. Disponível em: <<http://www.observatório.nesc.ufrr.br/texto-formo09.pdf>>. Acesso em: 8 fev. 2014.

NOBRE, L.; PENA P.; BAPTISTA, R. **A saúde do trabalhador na Bahia**: histórias, conquistas e desafios. Salvador: EDUFBA, 2011.

PAIM, Jairnilson. et al. **O sistema de saúde brasileiro**: história, avanços e desafios. Disponível em: <<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf>>. Acesso em: 24 abr. 2014.

PERRENOUD, Philippe. **Construir as competências desde a escola**. Tradução Bruno Charles Magne. Porto Alegre: Artmed, 1999.

PERRENOUD, Philippe. et al. **As competências para ensinar no século XXI: a formação dos professores e o desafio da avaliação**. Trad. Claudia Shilling e Fátima Murad. Porto Alegre: Artmed Editora, 2002.

RAMOS, Joselita Cássia Lopes. **Especialização em Saúde do Trabalhador no Brasil: estudo dos cursos realizados no período de 1986 a 2006**. 2008. 78 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva – ISC. Universidade Federal da Bahia – UFBA, Salvador, 2008.

RAMOS, Marise Nogueira. **A pedagogia das competências: autonomia ou adaptação?** 4ª ed.-São Paulo: Cortez Editora, 2011.

SALES, Eliane. **Considerações sobre o desempenho dos CEREST nas ações assistenciais, de vigilância e formação/educação permanente no ano de 2013**. III Encontro de Gestores Municipais de municípios sede de CEREST/Ba. Salvador (Grande Hotel da Barra): DIVAST – COGER, Março 2014. Apresentação em PowerPoint não publicado.

SALES, Isabela; SILVA, Monica Moura da Costa e; TELES, Edna. **Planejando e Gestão das ações de vigilância á Saúde do Trabalhador – modulo EAD de saúde do trabalhador do curso de especialização em saúde da família**. Salvador: Diretoria de Atenção Básica/ DAB/SESAB, 2009.

SANTOS, S. I. B.; VILASBÔAS, A. Q. Avaliação das ações de formação em serviço para profissionais de vigilância em saúde do trabalhador em um estado brasileiro In: CONGRESSO DE SAÚDE COLETIVA, 10. Pôster eletrônico. Recife: ABRASCO, 2012.

SANTOS, Sandra Lucia Brasil; VILASBÔAS, Ana Luiza Queiroz. Avaliação das ações de formação em serviço para profissionais de vigilância em saúde do trabalhador em um estado brasileiro. In: CONGRESSO DE SAÚDE COLETIVA, 10. Pôster. Rio Grande do Sul: ABRASCO, 2012.

SILVA, Luiz Anildo Anacleto da. et al. Concepções educativas que permeiam os planos regionais de educação permanente em saúde. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 20, n. 2, jun. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072011000200017&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000200017&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 02 maio 2014.

SILVA, Mônica Moura da Costa. et al. Avaliação dos Centros Regionais de Saúde do Trabalhador na Rede de Atenção à Saúde do Trabalhador na Bahia. In: MELO, Cristina Meira de; FAGUNDES, Norma Carapia; SANTOS, Tatiane Araújo dos (Organizadoras). **Avaliação: Metodologias no campo da saúde e da formação**. Salvador: Edufba, 2010. Cap. VII, p. 227-264.

SILVA, Rosenilda Moura da. Grupos focais. **Meta: Avaliação**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 10, p. 91-98, jan./abr. 2012. Disponível em:

<<http://metaavaliacao.cesgranrio.org.br/index.php/metaavaliacao/article/view/136>>. Acesso em: 03 maio 2014.

SOUZA, L. E. P. F.; SILVA, L. M. V.; HARTZ, Z. M. A. Conferencia de consenso sobre a imagem-objetivo da descentralização da atenção à saúde no Brasil. In: HARTZ, Z. M. A; SILVA, L. M. V. **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Rio de Janeiro/Salvador: FIOCRUZ/EDUFBA, 2005.

TEIXEIRA, CF., and SOLLA, JP. Modelo de atenção à saúde :vigilância e saúde da

TEIXEIRA, Carmen Fontes (org.). **Conceitos, métodos e experiências**. Salvador: Edufba, 2010. Cap. 3, p. 77-94.

TEIXEIRA, Carmen Fontes; QUEIROZ Ana Luiza Vilasbôas; JESUS, Washington Luiz Abreu de. Proposta metodológica para o planejamento em saúde no SUS. In:

TEIXEIRA. Carmem. **Aula em Power point**. Salvador: ISC, 2013. Não impresso.

VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de; ALMEIDA, Carmen Verônica Barbosa de; GUEDES, Dimitri Taurino. Vigilância em saúde do trabalhador: passos para uma pedagogia. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p.445-462, nov. 2009/fev. 2010.

VASCONCELOS, Cipriano M.; PASCHE, Dário F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, Gastão W.S. (Org). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p.531-62.



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA

## APÊNDICE 1

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Conforme a Resolução Nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, o presente termo destina-se a esclarecer ao responsável legal e ao participante da pesquisa intitulada “PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA EQUIPES DO CENTRO DE REFERENCIA REGIONAL EM SAÚDE DO TRABALHADOR”, os seguintes aspectos:

#### **OBJETIVOS:**

##### ➤ **Geral:**

- Propor um programa de educação permanente, articulado com a estratégia de descentralização e integração das vigilâncias, com base nas atribuições das equipes técnicas definidas na Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, considerando a gestão do trabalho em rede, a necessidade de implementar ações de vigilância em saúde do trabalhador e a assessoria técnica para os CEREST do Estado da Bahia para o período de 2014 -2017.



##### **Específicos:**

- Identificar os fundamentos conceituais sobre a educação permanente, o trabalho em rede, a gestão de serviços de saúde e a assessoria para fundamentar a construção do programa de educação permanente para as equipes técnicas e coordenadores dos CEREST.

- Incorporar os instrumentos políticos e normativos que definem as atribuições dos CEREST na proposição do desenho do programa de educação permanente para as suas equipes técnicas.
- Construir uma matriz de competências requeridas (conhecimentos, habilidades e atitudes), estratégias metodológicas adequadas e articuladas num modelo currículo mínimo flexível, requerido para as equipes dos CEREST.
- Formular um modelo lógico, para permitir a avaliação da intervenção, composto por três matrizes: modelo lógico causal, modelo lógico teórico e o modelo lógico operacional.
- Definir indicadores que permitam o monitoramento e a avaliação do programa.

**PARTICIPAÇÃO:** Toda a participação é voluntária, não há penalidades para alguém que decida não participar desse estudo em qualquer época, podendo dessa forma retirar-se da participação da pesquisa, sem correr riscos e sem prejuízo pessoal. O participante não terá nenhuma despesa pela sua participação nem receberá pagamento ou gratificação.

**RISCOS:** Em momento nenhum o informante estará exposto a riscos devido a sua participação nesta pesquisa, pois os dados serão manipulados com extremo sigilo garantindo o anonimato, não sendo disponibilizado para outras pessoas. Os dados obtidos serão manipulados apenas pelas pesquisadoras responsáveis pelo estudo, não sendo identificados os informantes.

**BENEFÍCIOS:** A participação nessa pesquisa poderá fornecer informações para a construção das bases de um programa de educação permanente para os Centros Regionais de Referência em saúde do Trabalhador (CEREST) da Bahia, fornecendo subsídios para capacitar profissionais destas equipes, o que poderá proporcionar melhoria na atenção a saúde das populações trabalhadores, maior resolutividade e a integralidade do cuidado.

**CONSENTIMENTO PARA PARTICIPAÇÃO:** Eu concordo em participar do estudo descrito acima. Fui devidamente esclarecido quanto aos objetivos da pesquisa, aos procedimentos aos quais serei submetido devido a minha participação. Tenho o direito de desistir da participação em qualquer momento,

sem que minha desistência implique em qualquer prejuízo à minha pessoa ou a minha família. A minha participação é voluntária, e não implicará em custos ou prejuízos, sejam esses custos ou prejuízos de caráter econômico, social, psicológico ou moral, sendo garantido o anonimato e o sigilo dos dados referentes à minha identificação. Concedo autorização para que sejam utilizados os resultados do estudo para publicação de artigos em revistas e outros meio de comunicação, e divulgação em eventos técnico-científicos nacionais e internacionais.

EU \_\_\_\_\_, aceito livremente participar do estudo intitulado “PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA EQUIPES DO CENTRO DE REFERENCIA REGIONAL EM SAÚDE DO TRABALHADOR” desenvolvido pela mestrandia Sandra Lúcia Brasil Santos, aluna do Programa de Pós Graduação da Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva, mestrado profissionalizante em saúde coletiva, orientanda da professora Dra. Ana Luiza Queiroz Vilasbôas.

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

### **COMPROMISSO DOS PESQUISADORES**

Eu discuti as questões acima apresentadas com cada participante do estudo. É minha opinião que cada indivíduo entenda os riscos, benefícios e obrigações relacionadas a esta pesquisa.

\_\_\_\_\_ Salvador, / / .

Pesquisadora responsável

\_\_\_\_\_ Salvador, / /

.

Pesquisadora colaboradora

Para maiores informações, pode entrar em contato com: Mestranda Sandra Lúcia Brasil Santos Fone: (71) 9984-2654; email: [sandralbrasil@gmail.com](mailto:sandralbrasil@gmail.com) ou Profa. Ana Luiza Queiroz Vilasbôas Fone: (71) 3283-7396; e-mail: [analuvilas@gmail.com](mailto:analuvilas@gmail.com)

## APÊNDICE 2

Conteúdo do e-mail enviado para todos os profissionais da DIVAST

Prezados Colegas,

Estou realizando uma Conferência de Consenso, com a finalidade de subsidiar o trabalho de pesquisa de campo para o mestrado que faço no ISC, cujo produto será um programa de educação permanente para os CEREST. O objetivo deste e-mail é identificar a compreensão dos profissionais da DIVAST sobre o trabalho em rede.

Solicito a sua colaboração, respondendo a pergunta abaixo até o dia 15 de dezembro.

1- Qual a sua compreensão sobre o trabalho em rede?

Atenciosamente, Sandra Brasil

### APÊNDICE 3

#### PROPOSTA PARA DISCUSSÃO NO GRUPO FOCAL E TEXTO DE APOIO CONSTRUIDO COM BASES NOS DADOS PRELIMINARES DA PESQUISA

Objetivo:

1)Caracterizar o que é uma rede; 2)Identificar qual a compreensão de rede da DIVAST; 3)Identificar a dificuldade de conformar a RENAST; 4) Definir quais as competências requeridas a uma equipe técnica em ST para o trabalho em rede.

Proposta Metodológica: Ler individualmente o texto e discutir em grupo de x participantes. Definir uma resposta para as perguntas que aparecem nos objetivo e no corpo do texto abaixo.

Objetivando identificar qual a compreensão dos técnicos da DIVAST sobre o trabalho em rede, foi utilizado o método Delfos (SOUZA, VIEIRA-da-SILVA, HARTZ, 2005) enviando uma pergunta (*qual a sua compreensão do trabalho em rede?*) por email para coordenadores e técnicos da DIVAST. Foram obtidas 15 respostas que sistematizadas compuseram categorias, que forneceram elementos para auxiliar na análise destas questões.

Dos dados coletados, emergiram seis categorias de análise, sendo a primeira **Legislação**: “existência de diretriz nas políticas de saúde”. Esta categoria encontra fundamentação na publicação da Portaria GM nº 4.279 de dezembro de 2010 que dispõe sobre a organização de redes integradas de atenção nos sistemas municipais e estaduais de saúde.

Na Bahia, em 2009, a proposta de trabalho em rede, foi planejada na forma dos Territórios de Atenção à Saúde-TEIAS, cujo conceito foca na perspectiva do território, na organização da infra-estrutura e de prestação de serviços,

enquanto que nas redes, é mais utilizado o conceito de Região de Saúde, que prioriza o espaço regional como oportunidade para pactuar e exercer a gestão compartilhada (SESAB, 2008).

A segunda categoria **Gestão** foi conformada como: “um novo paradigma de gestão; processo organizativo de gestão; estratégia de ação”. Esta categoria permitiu a construção de três subcategorias: 1) “requisitos para gestão”; 2) “integração”; 3) “trabalho”. Em relação a subcategoria 1: “requisitos para a gestão” foram referidos os seguintes elementos: capacidade de fazer aliança, articular, pactuar e compartilhar responsabilidade no nível municipal e estadual e com diferentes setores da saúde. Para a subcategoria 2: “integração”, os elementos foram: integrar os serviços de atenção a saúde incluindo a atenção básica, a média e a alta complexidade; integrar a dimensão política, gerencial e operacional para promover mudanças nos fluxos[...] definir objetivo comum entre diferentes instâncias institucionais; integrar um conjunto de ações, atividades e procedimentos. E por fim a subcategoria 3: “trabalho” referiu que: pressupõe interdependência dos processos de trabalho; mecanismos de organização do trabalho.

Estes achados correspondem ao que MENDES (2009) definiu como redes integradas: *“são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e com equidade – com responsabilidade sanitária e econômica e gerando valor para a população”*.

A terceira categoria: **“Relações e Valores”** apresenta *a necessidade de vínculos horizontais e complementariedade; equipes interdependentes, solidária e não hierárquicas, reunindo tecnologias de oriundas de múltiplos saberes; interação entre profissionais, equipes e instituições, com fluxos que permitem a troca de serviços; dialogo, autonomia, solidariedade, compromisso, responsabilidade, alinhamento e compartilhamento*.

A quarta categoria **“Comunicação”** foi referida *“a comunicação e retroalimentação da informação, articulação dinâmica e reorganização de consensos; sensibilização dos integrantes; intervenção e articulação com os setores”, [...] “saberes compartilhados e complementares; interação entre profissionais, equipes e instituições com comunicação articulada; e fluxos que permitem a troca de informações e conhecimentos”*.

Reunindo estas três últimas categorias para análise, observa-se que apresentam elementos que caracterizam a rede como definida pela Portaria que a instituiu, a GM/MS nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010: *“arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.”*

O trabalho em rede busca formar relações horizontais entre os diferentes pontos da atenção. Na rede, a atenção primária a saúde deve ser o centro de comunicação e organização. As ações são planejadas e organizadas segundo as necessidades de saúde da população. Do mesmo modo em que a oferta de atenção é contínua e integral, os cuidados ofertados são multiprofissional, os objetivos e compromissos são compartilhados, buscando resultados em termos sanitários e econômicos (MS-CGAM 2012).

A análise das categorias evidencia o grau elevado de conhecimento que os técnicos da DIVAST têm sobre rede, contudo, revela também todas as características que permitem afirmar quando um sistema funciona em rede. Este achado nos conduz a necessidade de identificar o quanto estas características estão contempladas na RENAST/Ba.

Observa-se, também, que aparecem muitos valores como: solidariedade, compromisso, responsabilidade e compartilhamento que são das pessoas e não de instituições. Deste modo, a rede fica dependente de qualidades pessoais, isto resulta numa perspectiva fortemente apoiada na dimensão subjetiva, ofuscando a compreensão de um modelo de gestão ou estratégia de gestão de um sistema. Um modelo de gestão, uma perspectiva organizacional que reconhece a importância da subjetividade, mas, inclui objetivos, normas, metas, avaliação de resultados, implicando todos os atores envolvidos, dentro da cultura e do contexto que se apresenta. Esta categoria revela uma concepção de rede que sugere uma imagem de ideal de rede.

A quinta categoria **“Benefícios do trabalho em rede”** foi referida que: “permite compartilhar objetivos e procedimentos, com interações com outras instâncias institucionais; permite torna ágeis processos e descentralizar ação”[...]; “é mais coerente com o objeto da saúde; possibilita movimento de expansão em ações conjuntas” [...]; “considera as necessidades da população, buscando efetividade e eficácia nos serviços prestados”. Esta

quinta categoria apresenta os benéficos do trabalho em rede quando ele se efetiva no cotidiano do trabalho, constituindo o modelo ideal, a imagem objetivo.

O que aparece de forma clara na análise das categorias é a idéia de rede, um modelo ideal, uma imagem objetivo, mas, não aparece a rede real. Em nenhum momento apareceu uma descrição de rede baseada na realidade existente, com exemplos de processos e peculiaridades do cotidiano de um trabalho em rede, de uma gestão de rede, ou mesmo de sistema de atenção a saúde que opere em rede.

As redes possuem outras características como o uso da economia de escala; suficiência e qualidade, acesso, disponibilidade de recursos; financiamento tripartite; integração vertical e horizontal; população e territórios definidos; coordenação do cuidado e assistência a saúde integral, continuada e centrada no indivíduo, na família e nas comunidades. Inclui participação popular; gestão integrada dos sistemas de apoio administrativo clínico e logístico; sistema de informação integrado; ação Inter setorial e gestão baseada em resultados (MS-CGAM 2012).

Por fim, a sexta categoria, “**Desafio do trabalho em rede**” refere que: “por ser um sistema aberto, desafiador e criativo, requer novos referenciais teóricos, como o da complexidade; é mais coerente como objeto da saúde” [...] “ inclui a dificuldade de gerir uma rede, formada por muitos pontos e sem hierarquia”.

Esta última categoria traz uma importante questão ao colocar em destaque a necessidade de referencial teórico que subsidie a prática de gestão da rede, diante da complexidade da gestão de uma rede de saúde do trabalhador, dada intersetorialidade, processos da relação capital-trabalho e relações de poder.

Em 2008, na Bahia, objetivando integrar a VISA nas Redes de atenção à saúde, foi proposta como estratégia para organizar o sistema, uma gestão solidária e compartilhada com estados e municípios e o desenvolvimento do papel de gestor do sistema. Nela estava incluída a oferta de serviços organizada pelas necessidades de saúde de uma população, a reorientação do processo de tomada de decisão e do planejamento com base na análise da situação de saúde. Requereu, também, o fortalecimento da atenção primária,

com conhecimentos e tecnologias para responder as necessidades de saúde de uma base populacional (SESAB, 2008).

Observa-se que desde 2008 análises foram feitas, propostas construídas e implementadas para integrar a VISA nas Redes de atenção à saúde, mas ainda hoje, 2014, apresentam-se desafios a serem transpostos, a fim de conformar estas redes no cotidiano dos serviços. Certamente, a proposta de trabalho em rede é desafiadora e complexa, requerendo permanente construção, avaliação e remodelamentos. Contudo, é importante identificar qual o modelo de rede existente na RENAST/BA hoje para quê, de posse de uma visão integral da realidade, possam ser propostas estratégias pertinentes ao momento atual. É necessário identificar em que modelo de gestão a RENAST/Ba opera. Este entendimento é fundamental para a construção do programa de educação permanente que também se configura como estratégia de gestão.

Para conformar a RENAST/BA, várias dificuldades podem ser apontadas observáveis a partir da definição e da caracterização da rede, pelas categorias apresentadas neste estudo. Outros fatores descritos no PLANEST (SESAB/2011). Neste elenco, devem ser incluídos os problemas existentes nos sistemas e serviços de saúde que constituem a rede SUS dentro na qual a RENAST se inclui.

Para o funcionamento de uma rede é requerida uma série de requisitos que envolvem dimensões políticas, gerenciais, estruturais, administrativas, integração de diferentes níveis federados, sistemas e serviços de saúde, entre outros requisitos. Muito embora a VISAT/Bahia venha sendo planejada e implementada com vistas à integração das VISA e desta com a Atenção Básica, ente muitos e diferentes esforços têm sido empreendidos nesta direção, a exemplo do planejamento integrado. Considerando as características da rede definidas em Portaria e pelos diferentes autores, um longo caminho ainda precisa ser percorrido para configurar a RENAST/Ba como Rede de atenção integral a saúde.

#### Referências

1-Souza,LEPF;Vieira-da-Silva,LM e Hartz, ZMA. Conferencia de consenso sobre a imagem-objetivo da descentralização da atenção à saúde no Brasil in:

Hartz & Vieira-da-Silva (2005). **Avaliação em saúde. Dos modelos teóricos à Prática na avaliação de programas e Sistemas de saúde.** Rio de Janeiro, Salvador: FIOCRUZ-EDUFBA.

2- Portaria GM nº 4.279 de dezembro de 2010. [bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html). Acesso em 8/01/2014

3- Promoção e Vigilância em Saúde, nas Redes de Atenção/Territórios de atenção à Saúde-Teias. 29 de março de 2009, Salvador /Ba/ SESAB. DARAS/SAS/MS, novembro de 2008, p.13).

4 - Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Belo Horizonte: ESP-MG, 2009.

5- Curso de autoaprendizado. Redes de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde, Ministério da saúde. Coordenação Geral de alimentos e Nutrição. CGAN, Brasília 2012.

## APÊNDICE 4

### Quadro de Atribuições das Instâncias da RENAST/BA

#### 1-Nível Estadual DIVAST

<p>Esclarecer/definir o papel das SMS em ST e do CEREST enquanto centro de retaguarda técnica para as ações de ST nos âmbitos local e regional (portaria GM/MS nº 2.728/2009; Resolução CIB_Ba nº 84/12; Planest-BA 2010; Portaria GM/MS nº 1823/2012-PNSTT).</p>	<p>Treinar em serviço os novos coordenadores do CEREST; apoiar e investir para e em capacitação das equipes técnicas dos CEREST e VISAU.</p>	<p>Implementar a RENAST como rede temática do SUS no Estado: Relação SMS/CEREST/DIR ES e Relação SMS/CEREST/DIVAST.</p>	<p>Avaliar: habilitação/desabilitação (CIB); monitoramento de desempenho; auditoria do SUS.</p>
---	--	---	---

#### 2-Nível Estadual CESAT

As atribuições não estão descritas no documento usado como referencia. Apresentam-se vinculadas as atribuições da DIVAST nos documentos institucionais.

As atribuições constam no relatório da consultoria uma proposta de definição de atribuições e competências exclusivas do CEREST Estadual.

### 3-Nível Municipal: Prefeito de município sede de CEREST

<p>Formalizar o CEREST no organograma da SMS como instância da VISAU.</p>	<p>Incluir ações de VISAT no Código sanitário municipal com conteúdos de ST.</p> <p>Gestão municipal de ações de abrangência na região de saúde.</p>	<p>Planejar: participação no processo de planejamento da SMS;</p> <p>Incluir ST nos Plano Municipal de saúde -PMS e Relatório anual de Gestão- RAG(diagnóstico da situação de saúde, ações, indicadores e metas de ST) ; ST na pauta do CMS; ST na programação da VISAU municipal;</p> <p>Elaborar Programação Anual de Saúde -PAS do CEREST</p>	<p>Financiamento: ST no orçamento municipal; garantia uso do recurso da RENAST para ações do CEREST; garantia da contrapartida do município (pessoal/necessidades de custeio, área física, sede); apoio e articulação com setores administrativos e do Fundo municipal de saúde; acompanhamento de execução orçamentária e financeira.</p>
---	--	--	--

### 4-Nível Municipal: Secretaria de Saúde de município sede de CEREST

<p>Desenvolver estratégias de integração na rede SUS Municipal:</p> <p>na assistência (Atenção Básica, Hospitais, Urgência, Emergência, Unidades, Centros especializados, Rede de laboratório).</p> <p>Na vigilância: Integração com a equipe da VISAU das SMS; credencial para profissionais de VISAT(carreira de identificação) Portaria 124/11</p>	<p>Gestão e coordenação municipal dos CEREST x atuação regional: pactuação na CIR das ações de ST na área de abrangência.</p>	<p>CIST e conselho Gestor: criar conselhos Municipais de saúde/ relação com o conselho gestor.</p> <p>Prover Estrutura física dos CEREST:</p> <p>Sede de CEREST e instalação física adequada.</p> <p>Material de consumo, equipamento de informática, rede lógica, EPI, máquinas fotográfica, linha</p>	<p>Uso e gerenciamento de recursos destinados às ações de ST no município (RENAST – específico para CEREST; incentivo SUVISA para VISAU inclui ações de ST; contrapartida municipal).</p> <p>Gestão municipal de ações de saúde no município e na área de abrangência.</p>
---	---	---	--

		telefônica, veículo, segurança da sede.	
--	--	---	--

### 5-Nível Municipal :Coordenação de CEREST

Práticas de gestão dos CEREST: planejamento e programação; mecanismos de monitoramento, relatório Quadrimestral-RAG; mecanismos de participação social (conselho Gestor /CIST); sistemas de informação(SIM, SAI-SUS, SIH_SUS, SINAN, SIAB) registro, monitoramento e análise das informações.	Organizar internamente e fortalecer equipes do CEREST: perfil e; numero.  coordenador com perfil técnico – gerencial adequado;  estabelecer divisão de tarefas e fluxos internos adequados	Administrar Estrutura física dos CEREST:  Sede de CEREST e instalação física adequada.  Material de consumo, equipamento de informática, rede logica, EPI, maquinas fotográfica, linha telefônica, veículo, segurança da sede.	Não gerencia o recurso diretamente, apresenta as demandas através dos planos orçamentários e demandas cotidianas.  Planeja e gerencia ações de ST realizadas diretamente no município sede de CEREST e disponibiliza apoio técnico a VISAU do município da área de abrangência.
---	---	--	---

### 6- Nível Municipal :Equipes técnicas

Aumentar produtividade segundo a capacidade instalada para ações assistenciais e de VISAT.  Utilizar e/ou instituir mecanismos de referencia e contra referencia com a rede.  Alimentação do SIS (SIM, SAI-SUS, SIH_SUS, SINAN, SIAB)- notificação e investigação as ADRT. Registro, monitoramento e analise de	Fortalecer e qualificar as equipes técnicas da rede municipal.  Planejar capacitações a serem reproduzidas pelas equipes dos CEREST para as equipes da atenção básica, unidades de urgência e emergência, rede	Atuar regional: retaguarda técnica para os municípios da RS desenvolver m ações de ST, em articulação com as DIRES.	Elaborar o plano de ação e orçamento correspondente.  Executar as ações de ST diretamente no município sede de CEREST e disponibiliza apoio técnico a VISAU do município da área de abrangência
---	--	---	---

informações.	especializada, no município sede e na área de abrangência; estas em colaboração com a DIRES.		
--------------	--	--	--

FONTE: Texto não publicado produzido pela DIVAST para o encontro com os Gestores Municipais dos Municípios sede de CEREST sobre as metas anuais do PES 2012-2015, Dimensões da agenda estratégica DIVAST SESAB, 2013/2014. Nota. O texto sofreu modificações.

## APÊNDICE 5

**Matriz de avaliação para estabelecer consenso entre especialistas sobre as competências necessárias as equipes técnicas dos CEREST com base em suas atribuições identificadas nos instrumentos legais e normativos federais e estaduais, propostas em documentos técnicos Diretoria de Vigilância em Saúde do Trabalhador-DIVAST elaborados pela entre 2007 a 2013, previamente identificadas e selecionadas a partir do grupo focal realizado com a coordenação e técnicos que prestam assessoria técnica aos CEREST da Coordenação de Gestão da Rede, da DIVAST, realizada em 17 de dezembro de 2013.**

**Data de preenchimento da matriz:**

**Especialista:**

**Justificativa:** Pretende-se com esta matriz obter o consenso de especialistas no que se refere à definição das competências, priorização de problemas a serem enfrentados e propostas identificadas para proceder a construção de uma matriz final que subsidiará o currículo mínimo a ser desenvolvido no Programa de Educação Permanente para os CEREST. Trata-se da aplicação de uma técnica simples de consenso, com base nos estudos de Vieira da Silva e Hartz (2010), denominada Conferência de Consenso. Os dados serão tratados com a construção de categorias mais prevalentes, resultando nos critérios finais de classificação de importância. Agradecemos sua participação e colaboração.

**Orientações:** 1. Avaliar as dimensões propostas indicando a sua pertinência (P) ou exclusão (E), bem como a necessidade de inclusão (I) de outras dimensões que não foram contempladas. 2. Avaliar as competências, conteúdos e habilidades propostas em cada dimensão, considerando sua importância para o desempenho das atribuições das equipes técnicas dos CEREST, indicando a sua pertinência (P) ou exclusão (E), bem como a necessidade de inclusão (I) de outros problemas relevantes. 3. Em caso de exclusão, justificar.

Os indicadores utilizados foram construídos com base na Portaria GM/MS nº 2.437/2005, por JACQUES, MILANEZ, MATOS (2012). Num estudo de abrangência nacional, estes autores construíram um instrumento para avaliar os CEREST com 13 indicadores, dos quais apenas o 13 se destina exclusivamente para CEREST regionais. Ref: Jacques, Camila Correa; Milanez, Bruno; Matos, Rita de Cassia Oliveira da Costa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(2):369-378, 2012.

As competências que estão com indicadores sem numeração não constam no estudo citado, mas, constam no trabalho de Ayres, Silva, Teles (2009) e são importante para o trabalho em questão. (Ayres, Isabela Sales J.; Silva, Monica Moura da Costa e; Teles, Edna; Módulo EAD de Saúde do Trabalhador do curso de especialização em saúde da família-DAB/SESAB/Salvador/Ba/2009)

<b>NÍVEL DE ANÁLISE</b>	<b>Dimensão 1: Planejamento</b>		<b>Avaliação do Especialista</b>
<b>Indicador</b>			
	<b>Competência</b>	<b>Conteúdo</b>	
<b>Tema</b>	<b>Capacidade de planejar seguindo uma metodológica que permita avaliação de resultados.</b>		<b>Pertinente ( ) Exclusão ( )</b>
	Compreender as bases legais que normatizam o SUS e a ST nas diferentes instancias de governo.	Bases Legais do SUS 1986-8ª Conferencia Nacional de saúde 1988Constituição Federal 1990-Lei 8.080, 8.142-atribuição politico administrativa em três esferas de gestão: União, Estado e Municípios=compartilhamento de recursos públicos e responsabilidades comuns. Controle social 1991/2001-NOAS 2006-Pacto pela Vida 2011-decreto 7.508,lei 12.401,leo 12.4666-rEsolução tripartite-necessidade de mecanismos e instrumentos de coordenação e cooperação interfederativa. Plano de saúde; Programação anual de saúde; Planejamento regional Integrado. (Joana Molezine, COPEL,GASEC, SESAB, 20130 Ref.Apresentação em Power Point.não impresso	<b>Pertinente ( ) Exclusão ( )</b>
	Compreender os principais marcos	Planejamento com prática político gerencial do campo da saúde. Panorama do desenvolvimento teórico conceitual do Planejamento na América Latina: Mario Testa( Tipologias de poder em saúde-politico,	<b>Pertinente ( ) Exclusão ( )</b>

	teóricos do Planejamento e utilizar na elaboração do PMS/ST/CEREST.	técnico , administrativo; Postulado da Coerência; construção do sujeito da vida); Carlos Matus (Triangulo de Governo, planejando estratégico situacional, PES no Planejando e Gestão em saúde).(Ref.Carmem Teixeira, ISC, aula em Power point, 2013)	
	Analisar documentos para fazer o Planejamento Municipal de Saúde-PMS.	Plano Municipal de saúde; Relatórios de Gestão; Relatórios das conferencias de saúde; programação anual de saúde(PAS); Plano Plurianual (PPA); Termo de compromisso de gestão (TCG), pacto de indicadores. Indicadores de ST no Pacto pela VIDA e na programação de ações de Vigilância à Saúde (PAVS). Avaliação de tendência com estudo das serie históricas. Ref.Isabela Sales, Monica Moura da Costa e silva; Edna Teles, Planejando e Gestão das ações de vigilânciaá Saúde do Trabalhador –modulo EAD de saúde do trabalhador do curso de especialização em saúde da família-DAB/SESAB/Salvador/Ba/2009	Pertinente ( ) Exclusão ( )
	Diferenciar, identificar e compreender aCartografia.	Região de saúde; Território; Mapa de Saúde	Pertinente ( ) Exclusão ( )
	Saber pesquisar e utilizar os Indicadores de saúde.	Indicadores de saúde: fontes de dados, processamento estatístico com construção de serie temporais, desagregação por grupos e sua distribuição territorial. Contribuição da epidemiologia do que (problema), do quando, do onde, de quem (identificar grupos sociais afetados pelo problema). Identificação de grupos vulneráveis. Desagregação segundo setor produtivo, inserção no mercado de trabalho, raça, sexo, faixa etária.Ref. Isabela Sales, Monica Moura da Costa e Silva; Edna Teles, Planejando e Gestão das ações de vigilância á Saúde do Trabalhador–modulo EAD de saúde do trabalhador do curso de especialização em saúde da família-DAB/SESAB/Salvador/Ba/2009	Pertinente ( ) Exclusão ( )

	Realizar planejamento municipal de Saúde-PMSintegrado a VISAT/SUVISA/SUS	Análise da situação de saúde; Perfil epidemiológico da população trabalhadora; Perfil produtivo do município; Dimensionamento da capacidade instalada; Identificação do número e perfil de profissionais para o diagnóstico e tratamento das doenças relacionadas ao trabalho (DT), Identificação dos procedimentos necessários de referência e contra referência para cuidados mais complexos.Ref.(Isabela Sales, Monica Moura da Costa e Silva; Edna Teles, Planejando e Gestão das ações de vigilância à Saúde do Trabalhador – Módulo EAD de Saúde do Trabalhador do curso de especialização em saúde da família-DAB/SESAB/Salvador/Ba/2009	Pertinente ( ) Exclusão ( )
--	--	---	--------------------------------

<b>Tema 2</b>	<b>Dimensão 2:VISAT</b>		<b>Avaliação do Especialista</b>
Indicador 4	Numero de trabalhadores cobertos pelas ações de vigilância realizadas pelos CEREST		
	Competência	Conteúdo	

VISAT	Desenvolver práticas sanitárias centradas na investigação da relação da saúde-trabalho, para além das ações de fiscalização.	Histórico da relação saúde e trabalho	Pertinente ( ) Exclusão ( )
		Bases legais da saúde do trabalhador;	Pertinente ( ) Exclusão ( )
		Vigilância em saúde do trabalhador	Pertinente ( ) Exclusão ( )
		Ref- Curso para capacitação de técnicos do SUS em Vigilância da saúde do Trabalhador com ênfase nos ambiente e processos de trabalho: Alexandre Jacobina, Leticia Nobre; janeiro 2013	
VISAT	Capacidade de produzir conhecimento e intervir de forma sistemática, buscando conhecer e analisar fatores de risco determinantes e condicionantes dos agravos a saúde, relacionados aos processos e ambientes de	Mapeamento de riscos ocupacionais e ambientais;  Visita técnica;  Relatório de inspeções;  Acidentes e doenças do trabalho;  Panorama ST na Bahia.;  Investigação de acidentes de trabalho;  Estratégias para ações de Vigilância de ambiente e processos de trabalho Ref- Curso para capacitação de técnicos do SUS em Vigilância da saúde do Trabalhador com ênfase nos ambiente e	Pertinente ( ) Exclusão ( )

	<p>trabalho, bem como planejar, executar e avaliar mudanças que eliminem ou controlem tais riscos. Identificar as atividades econômicas/perfil produtivo do município, situações de risco potencial para a população trabalhadora.</p> <p>Mapear os processos produtivos e priorização de demandas.;</p> <p>Inspecionar ambiente de trabalho.;</p> <p>Investigar acidente de trabalho típico em óbito.;</p> <p>Elaborar de relatório técnico. Ref-Ciclo de oficinas sobre competência em saúde do trabalhador nas</p>	<p>processos de trabalho: Alexandre Jacobina, Leticia Nobre; janeiro 2013</p>	
--	---	---	--

	instancias da RENAST /CECI/CEST/EFTS/ ESSP/SUVISA/SES AB maio de 2009- Documento técnico.		
--	--	--	--

<b>Tema 3:</b>	<b>Assistência</b>		<b>Avaliação do Especialista</b>
Indicador 5	Numero de atendimento realizado pelos CEREST		
Indicador 6	Numero de relações causais com o trabalho estabelecidos pelos CEREST		
Indicador 7	Percentual de relações causais estabelecidas pelos CEREST em relação ao total de consultas realizadas no CEREST		

	Competência	Conteúdo	
Assistência	<p>Realizar suspeita diagnóstica.</p> <p>Realizar investigação clínica epidemiológica dos agravos relacionados ao trabalho.</p>	<p>Médico do trabalho: Saber reconhecer sinais da ADRT. Conhecer sobre Segurança e saúde do trabalhador. Entender e acompanhar as discussões em torno da legislação em ST e arcabouço legal do SUS, legislação previdenciária.</p> <p>Enfermeira do trabalho: Conhecer as patologias do trabalho; Gestão de serviços de saúde; Vigilância de ambientes de trabalho; Informação em saúde /epidemiologia; Legislação SUS; Gestão de projetos.</p>	<p>Pertinente ( )</p> <p>Exclusão ( )</p>
Sistemas e serviços de saúde	<p><b>Capacidade de analisar o contexto:</b></p> <p>Problemas do sistema e serviços de saúde: infraestrutura, gestão, financiamento, organização dos serviços existentes, rede de assistência do município( atenção básica, hospitalar e pré-hospitalar).Ref(.Isab</p>		<p>Pertinente ( )</p> <p>Exclusão ( )</p>

	<p>ela Sales, Monica Moura da Costa e Silva; Edna Teles, Planejando e Gestão das ações de vigilância à Saúde do Trabalhador–modulo EAD de saúde do trabalhador do curso de especialização em saúde da família- DAB/SESAB/Salvador/Ba/2009).</p>		
--	---	--	--

<b>Tema 1-</b>	<b>Notificação e sistemas de informação</b>		<b>Avaliação do Especialista</b>
Indicador 1	Número de notificações de agravos relacionados ao trabalho realizados pelo CEREST.		

Indicador 2	Participação dos CEREST no total das notificações de acidentes de trabalho no SINAM(só para CEREST Regional)		
Indicador 3	Participação do CEREST no total das notificações de doenças relacionadas ao trabalho no SINAM		
	Competência	Conteúdo	
SI	Utilizar os Sistema de informação ( SINAN; SIM; SIAB; SAI; SINITOX; RAIS: CAGED; DATAPREV-SUB; RIPSAs: IBGE; Construir serie temporal; desagregar por grupos e sua distribuição	Conhecer os Sistema de informação ( SINAN; SIM; SIAB; SAI; SINITOX; RAIS: CAGED; DATAPREV;-SUB; RIPSAs: IBGE; conhecer como fazer serie temporal; desagregar por grupos e sua distribuição temporal.	Pertinente ( ) Exclusão ( )

	temporal.		
Notificação	Notificar doenças e agravos relacionados ao trabalho no SINAN	Conteúdos do curso EaD de notificação de doenças e agravos relacionados ao trabalho do SINAN	Pertinente ( ) Exclusão ( )

<b>Tema 4:</b>	<b>Articulação interinstitucional e controle social</b>		<b>Avaliação do Especialista</b>
Indicador 8	Parcerias em ações de vigilância		
Indicador 9	Numero de reuniões do Conselho de saúde com pauta de saúde do trabalhador.		
	Competência	Conteúdo	
	Capacidade de articular e organizar trabalho de grupos comunitários	Estratégias para trabalho com controle social	Pertinente ( ) Exclusão ( )

Tema 5-	Pesquisa e Educação		Avaliação do Especialista
Indicador 10-	Atualização profissional dos trabalhadores dos CEREST		
Indicador 11-	Numero de ações educativas		
Indicador 12-	Abrangência de ações educativas		
	Competência	Conteúdo	
	Capacidade de realizar atividades de educação em saúde.	Conteúdos básicos sobre métodos e técnicas pedagógicas básicas	Pertinente ( ) Exclusão ( )
	Capacidade de elaborar proposta de educação permanente, grupos de estudos, replicar ações pedagógicas estruturadas com ajustes locais/regionais.	Fundamentos teóricos sobre educação permanente; gestão de grupos operativos e de estudos.	Pertinente ( ) Exclusão ( )

Tema 6	Recursos financeiros		Avaliação do Especialista
Indicador 13-	Relação entre o total de recursos financeiros utilizados e o total de recursos recebidos pelo CEREST.		
	Competência	Conteúdo	
	Capacidade de gerir o recurso financeiro numa lógica adequada ao trabalho em rede.	Economias de escala: ocorrem quando o custo médio da Instituição reduz-se (ou o produto médio aumenta) quando a produção cresce, a preços dados de insumos. De forma análoga, ocorrem quando o custo total de uma instituição para produzir um determinado produto/serviço é menor do que o somatório do custo total de duas ou mais instituições para produzirem este mesmo produto/serviço.(5)  Ref- <a href="http://www.seae.fazenda.gov.br/central_documentos/glossarios/Eac_esso_24/1/2014_as_10:46">http://www.seae.fazenda.gov.br/central_documentos/glossarios/Eac_esso_24/1/2014_as_10:46</a>	Pertinente ( ) Exclusão ( )
	Capacidade de gerir o recurso financeiro numa lógica adequada ao trabalho emrede.	Economias de escopo: ocorrem quando o custo total de uma instituição para produzir conjuntamente, pelo menos dois produtos/serviços, é menor do que o custo de duas ou mais instituições produzirem separadamente estes mesmos produtos/serviços, a preços dados de insumos. Obs.As economias de escala e de as economias de escopo podem	Pertinente ( ) Exclusão ( )

		também ser entendidas como reduções nos custos médios derivadas da produção conjunta de bens distintos, a preços dados de insumos. Ref- <a href="http://www.seae.fazenda.gov.br/central_documentos/glossarios/Eacesso">http://www.seae.fazenda.gov.br/central_documentos/glossarios/Eacesso</a> 24/1/2014 as 10:46	
--	--	--	--

<b>Tema</b>	<b>Competência dos Gestores Municipais de saúde dos municípios sede de CEREST, definidas em Portaria GM/MS nº 1823 de agosto de 2012.</b> Fonte: Relatório do 2º Encontro Estadual de Gestores Municipais da Saúde dos Municípios Sede de CEREST/ 2013.		Avaliação do Especialista
	Competências	Conteúdos	

	Executar ações e serviços de Saúde do Trabalhador		Pertinente ( ) Exclusão ( )
	Desenvolver estratégias de integração na rede SUS Municipal:na assistência (Atenção Básica, Hospitais, Urgência, Emergência, Unidades, Centros especializados, Rede de laboratório).		Pertinente ( ) Exclusão ( )
	Desenvolver estratégias de integração na rede SUS Municipal:Na vigilância: Integração com a equipe da VISAU das SMS; credencial para profissionais de VISAT(carreira de identificação) Portaria 124/11		Pertinente ( ) Exclusão ( )

	<p>Coordenar e implementar a política local, conduzindo negociações com os diversos atores sociais para inserir indicadores e metas de Saúde do Trabalhador no Plano Municipal de Saúde(PMS) e na Programação Anual de Saúde (PAS)</p>		<p>Pertinente ( ) Exclusão ( )</p>
	<p>Gestão e coordenação municipal dos CEREST x atuação regional: pactuação na CIR das ações de ST na área de abrangência.</p>		<p>Pertinente ( ) Exclusão ( )</p>
	<p>CIST e conselho Gestor: criar conselhos Municipais de saúde/ relação com o conselho gestor.</p>		<p>Pertinente ( ) Exclusão ( )</p>

	Pactuar e alocar recursos orçamentários e financeiros que garantam a atenção integral à saúde dos trabalhadores do seu território.		Pertinente ( ) Exclusão ( )
	Uso e gerenciamento de recursos destinados às ações de ST no município (RENAST – específico para CEREST; incentivo SUVISA para VISAU inclui ações de ST; contrapartida municipal).		Pertinente ( ) Exclusão ( )
	Gestão municipal de ações de saúde no município e na área de abrangência.		Pertinente ( ) Exclusão ( )

## APÊNDICE 6

**Matriz de avaliação para estabelecer consenso entre especialistas sobre as competências necessárias as equipes técnicas dos CEREST com base em suas atribuições identificadas nos instrumentos legais e normativos federais e estaduais, propostas em documentos técnicos Diretoria de Vigilância em Saúde do Trabalhador-DIVAST elaborados pela entre 2007 a 2013, previamente identificadas e selecionadas a partir do grupo focal realizado coma coordenação e técnicos da Coordenação de Gestão da Rede, da DIVAST, realizada em 17 de dezembro de 2013.**

**Data de preenchimento da matriz:**

**Especialista:**

**Justificativa:** Pretende-se com esta matriz obter o consenso de especialistas no que se refere à definição das competências, priorização de problemas a serem enfrentados e propostas identificados para proceder a construção de uma matriz final que subsidiará o currículo mínimo a ser desenvolvido no Programa de Educação Permanente para os CEREST. Trata-se da aplicação de uma técnica simples de consenso, com base nos estudos de Vieira da Silva e Hartz (2010), denominada Conferência de Consenso. Os dados serão tratados com a construção de categorias mais prevalentes, resultando nos critérios finais de classificação de importância. Agradecemos sua participação e colaboração.

**Orientações:** 1. Avaliar as dimensões propostas indicando a sua pertinência (P) ou exclusão (E), bem como a necessidade de inclusão (I) de outras dimensões que não foram contempladas; 2. Avaliar os problemas propostas em cada dimensão, considerando sua importância para o desempenho das atribuições das equipes técnicas dos CEREST visando o desenvolvimento de um programa de educação permanente, indicando a sua pertinência (P) ou exclusão (E), bem como a necessidade de inclusão (I) de outros problemas relevantes; 3. Em caso de exclusão, justificar.

<b>DIMENSÃO 1: Problemas de macro estrutura</b>  <b>Fonte: Grupo Focal</b>	<b>Avaliação do Especialista</b>
1-Não priorização da ST no SUS.	Pertinente ( ) Exclusão ( )





Relações políticas existentes na gestão municipal, com grande interferência na organização do processo de trabalho dos CEREST, fugindo dos interesses técnicos e impactando nos resultados.	Pertinente ( ) Exclusão ( )
Mudanças de gestão.	Pertinente ( ) Exclusão ( )
Perfil de coordenadores de CEREST: falta de formação em ST e de capacidade de gestão.	Pertinente ( ) Exclusão ( )
Falta de autonomia da coordenação e equipe dos CEREST no uso do financiamento do recurso RENAST.	Pertinente ( ) Exclusão ( )
Equipe técnica reduzida e inadequada em relação as demandas específicas da região.	Pertinente ( ) Exclusão ( )
Falta de profissionais com especialização: médicos e enfermeiros do trabalho.	Pertinente ( ) Exclusão ( )
Pouca integração das Dires e Visat dos municípios	Pertinente ( ) Exclusão ( )

Inclusão de novos problemas.

Justificativa de exclusão.

<b>DIMENSÃO 4: Problemas da Gestão do CEREST</b>	<b>Avaliação do</b>
<b>Ref: Grupo focal</b>	<b>Especialista</b>
Baixa articulação da coordenação dos CEREST: VISAU, SMS, Fundo Municipal, Conselho Gestor	

Municipal.	
Baixa articulação política dos CEREST com instituições parceiras: INSS, MPT, sindicatos, SRTE: ações intersetoriais.	Pertinente ( ) Exclusão ( )
Baixa articulação das ações de ST na CIR.	Pertinente ( ) Exclusão ( )
Pouca articulação com outros mecanismos do SUS e associações comunitárias.	Pertinente ( ) Exclusão ( )
Não incorporação da ST no território/área de abrangência.	Pertinente ( ) Exclusão ( )
Desconhecimento dos CEREST no município pela Rede e pelos próprios trabalhadores.	Pertinente ( ) Exclusão ( )
Falta de clareza dos técnicos entre saúde ocupacional e saúde do trabalhador.	Pertinente ( ) Exclusão ( )
Dificuldade de compreender a educação permanente para a rede municipal e área de abrangência.	Pertinente ( ) Exclusão ( )

Inclusão de novos problemas.
Justificativa de exclusão.

## APÊNDICE 7

**Matriz de avaliação para estabelecer consenso entre especialistas sobre as competências necessárias as equipes técnicas dos CEREST com base em suas atribuições identificadas nos instrumentos legais e normativos federais e estaduais, propostas em documentos técnicos Diretoria de Vigilância em Saúde do Trabalhador-DIVAST elaborados pela entre 2007 a 2013, previamente identificadas e selecionadas a partir do grupo focal realizado com a coordenação e técnicos da Coordenação de Gestão da Rede, da DIVAST, realizada em 17 de dezembro de 2013.**

**Data de preenchimento da matriz:**

**Especialista:**

**Justificativa:** Pretende-se com esta matriz obter o consenso de especialistas no que se refere à definição das competências, priorização de problemas a serem enfrentados e propostas identificadas para proceder a construção de uma matriz final que subsidiará o currículo mínimo a ser desenvolvido no Programa de Educação Permanente para os CEREST. Trata-se da aplicação de uma técnica simples de consenso, com base nos estudos de Vieira da Silva e Hartz (2010), denominada Conferência de Consenso. Os dados serão tratados com a construção de categorias mais prevalentes, resultando nos critérios finais de classificação de importância. Agradecemos sua participação e colaboração.

**Orientações:** 1. Avaliar as dimensões propostas indicando a sua pertinência (P) ou exclusão (E), bem como a necessidade de inclusão (I) de outras dimensões que não foram contempladas; 2. Avaliar os problemas propostas em cada dimensão, considerando sua importância para o desempenho das atribuições das equipes técnicas dos CEREST, seu impacto no cotidiano do processo de trabalho destas equipes, indicando a sua pertinência (P) ou exclusão (E), bem como a necessidade de inclusão (I) de outros problemas relevantes. 3. Em caso de exclusão, justificar.

<b>DIMENSÃO 1: propostas para a DIVAST</b>	<b>Avaliação do Especialista</b>
--	----------------------------------

1-Fortalecimento das ações de ST junto a gestão municipal, fortalecimento da ST no SUS, incorporação da PNSTT.	Pertinente ( ) Exclusão ( )
2-Diminuir a exigência junto aos CEREST, incluindo a ação ST em outros setores da REDE SUS, Atenção Básica, redes temáticas.	Pertinente ( ) Exclusão ( )
3-Iniciar uma discussão sobre a complexa composição política administrativa do CEREST: recurso federal, política estadual, gestão municipal e atuação regional. Avaliar em nível hierárquico mais central formas de redesenhar esta composição.	Pertinente ( ) Exclusão ( )
4-Realização de apoio matricial e institucional casado com a educação permanente.	Pertinente ( ) Exclusão ( )
5-Empoderar sujeitos, relações horizontais, arranjos organizacionais de gestão mais eficazes.	Pertinente ( ) Exclusão ( )
6-Fortalecer o debate sobre as REDES.	Pertinente ( ) Exclusão ( )
7-Garantir recursos técnicos.	Pertinente ( ) Exclusão ( )
8-Propor espaços de formação com diferentes tecnologias.	Pertinente ( ) Exclusão ( )
9-Garantir instrumentos para o desenvolvimento de atividades de Educação Permanente pela REDE. Acompanha e retroalimentar na REDE.	Pertinente ( ) Exclusão ( )
10-Incluir o trabalhador com protagonista da Educação Permanente, saindo das metodologias verticais e distantes das realidades.	Pertinente ( ) Exclusão ( )
11-Promover articulação entre o fazer dos CEREST e a programação de Educação Permanente da DIVAST.	Pertinente ( ) Exclusão ( )







## ANEXO 1

Mestrado Profissionalizante do Instituto de saúde Coletiva-ISC  
Área de Concentração: Gestão do Trabalho e Educação na Saúde  
EESP/UNASUS/ISC/UFB

Guia Metodológico para Elaboração de Projetos Dinamizadores para Secretarias  
Estaduais de Saúde<sup>1</sup>

Trabalho de Avaliação da Disciplina de Planejamento e Saúde  
Aluna: Sandra Lúcia Brasil Santos  
Prof<sup>a</sup> Ana Luiza Villas Boas

---

<sup>1</sup> O Guia foi elaborado conjuntamente pelos alunos da disciplina ISC Planejamento e Programação em Saúde com a orientação da professora e modificado para pela aluna adequando ao seu objeto de pesquisa e apresentando como trabalho da disciplina.

Salvador, 14 de junho de 2012

## **Sumário**

1. Justificativa
2. Passos metodológicos
  - 2.1. Caracterização da visão de futuro e da missão institucional (onde o projeto se localiza)
  - 2.2. Definição do ator que planeja (mapa político)
  - 2.3. Caracterização dos problemas (formulação, priorização, explicação do problema)
  - 2.4. Formulação preliminar das proposições (objetivos – hierarquia) articuladas as diretrizes políticas da instituição.
  - 2.5. Análise e construção da viabilidade das proposições
  - 2.6. Elaboração da programação operativa (cronograma físico-financeiro)
  - 2.7. Definição das perguntas de avaliação e da matriz de indicadores de monitoramento/avaliação.
  - 2.8. Gestão do projeto: sistema de petição e prestação de contas.
- 3.Referências

## **Anexos**

- 1.Matriz síntese do projeto

## 1 JUSTIFICATIVA

A complexidade do objeto de atuação da Secretaria Estadual de Saúde, bem como a demanda por uma maior eficiência do gasto público no âmbito da saúde em vista do cenário onde contingenciamento do aporte de recursos se apresenta como contextos reais. Torna fundamental a construção de instrumentos que viabilizem a elaboração de projetos destinados ao enfrentamento de problemas e o atendimento das necessidades de saúde da população considerados prioritários, de modo a contribuir para a produção de mudanças relevantes para o cumprimento da missão da instituição sustentada em seus valores.

A Diretoria de Vigilância a Saúde do Trabalhador/DIVAST da SESAB, com os seus 23 anos de existência, define sua Missão como “Promover a Saúde do Trabalhador, articulando políticas públicas e fortalecendo a Rede SUS”, e tem por Visão “Ser instância de referência na incorporação de práticas integradas, conhecimentos e tecnologias de promoção da saúde do trabalhador na Rede SUS”.

Sustenta-se nos Valores: “TRANSPARÊNCIA – Garantia do acesso à informação e participação nos processos decisórios, com responsabilidade e compromisso na gestão pública; ÉTICA – respeito à dignidade humana, à integridade e à diversidade dos sujeitos nas relações interpessoais e institucionais; SOLIDARIEDADE - relações de apoio mútuo, cooperação e corresponsabilidade entre os atores sociais; CRIATIVIDADE – busca de soluções inovadoras para o enfrentamento dos desafios; OUSADIA – coragem para atuar no campo da Saúde do Trabalhador e estimular a formação de sujeitos implicados com práticas emancipadoras; TRABALHO COMO FONTE DE REALIZAÇÃO HUMANA – promoção do trabalho que garanta a autonomia, o aprendizado, a expressão e a participação dos sujeitos, conferindo-lhe sentido e significado”(1). Considerando a complexidade do seu objeto de trabalho, que compreende ações de vigilância, de atenção, de gestão e de educação permanente em saúde do trabalhador, que deve alcançar todos 417 municípios do Estado da Bahia, e um orçamento contingenciado e sendo que parte deste, vinculado ao bloco da Vigilância à Saúde, compreende-se que o planejamento é uma área de relevante importância dentro desta Diretoria.

A DIVAST possui um reconhecido corpo técnico para a realização do planejamento e esta prática se encontra institucionalizada como um processo de construção coletiva intra e interinstitucional. Como o início da gestão em 2007, com vigência até 2010, e sendo mantida por mais um período, 2011/2014, foi instituído o planejamento estratégico, para dar sustentabilidade as ações. Nos últimos dois anos, emergiu a necessidade de reorganização interna para enfrentar as demandas crescentes desta Diretoria, que também assume a Coordenação do Centro de Referência Estadual em Saúde do Trabalhador do Estado da Bahia.

Alguns estudos apontam que em estruturas gestoras do Sistema Único de Saúde (SUS) existe uma ritualização do processo de planejamento e programação para atender as expectativas de elaboração de documentos obrigatórios de planejamento. Entretanto, observa-se que existe uma lacuna entre a etapa de elaboração e a execução das ações, o que dificulta a implementação de mudanças na produção de saúde que garanta os princípios do SUS.

A proposição de um guia metodológico para a elaboração de projetos dinamizadores pode contribuir para instrumentalização técnica da gestão visando a implementação de ações efetivas para o enfrentamento dos problemas identificados, como parte do processo de planejamento institucional.

O projeto dinamizador deve ser elaborado com base em uma análise situacional, definição de prioridades, elaboração de uma proposta pactuada coletivamente, identificação de recursos disponíveis, ameaças e fragilidades, forças e potencialidades. Portanto, essa proposta visa padronizar a forma de construção dos projetos, com vistas a consolidar o poder técnico bem como permitir a replicabilidade da mesma e possibilitar a avaliação e os ajustes necessários.

A proposta deste guia constitui um instrumento para planejar processos de educação permanente para os Centros de Regionais de Saúde do Trabalhador (CEREST) que compõem a Rede Nacional de Saúde do Trabalhador-Bahia-RENAST-BA, que são vinculados a DIVAST/CESAT.

A DIVAST vem desenvolvendo diferentes ações de formação em serviço e educação permanente, curso de especialização *latu senso* e residência médica cursos de atualização, oficinas, seminários, objetivando formar profissionais competentes para a Saúde do Trabalhador. Contudo, a demanda de formação para os CEREST continua crescente, e se reflete na baixa resolutividade da REDE, impondo-se a necessidade de uma avaliação e planejamento estratégico para as ações de formação.

## 2 PASSOS METODOLÓGICOS

### 2.1 Caracterização da visão de futuro e da missão institucional (onde o projeto se localiza)

O que é?	Como fazer? Com quem?	Quais são as informações necessárias e fontes de verificação?
<p>Visão: Situação Objetivo que se pretende alcançar, passível de mensuração em um período de tempo estabelecido (médio a longo prazo – 10 a 20 anos).</p>	<p>-Realizar análise documental dos instrumentos de gestão da instituição: Regimento, Plano de Saúde, Programações e Relatórios de Gestão, etc;</p> <p>- Se já está estabelecida a missão e visão, adotá-las para o Projeto;</p>	<p>- Documentos propositivos (Políticas, Planos, Programações, Relatórios);</p> <p>- Informações coletadas com os próprios atores políticos;</p> <p>- Registros físicos e virtuais.</p>
<p>Missão: Conjunto de propósitos que expressam a razão de existência da instituição.</p>	<p>- Se não está estabelecida a missão e visão, a estrutura do planejamento da instituição deve:</p> <p>- Mapear as forças e atores políticos;</p> <p>- Realizar oficinas de discussão para formulação da missão e visão com atores políticos mapeados fundamentadas nos princípios e diretrizes do SUS.</p>	

## 2.2 Definição do ator que planeja (mapa político)

A definição do ator deve se pautar em uma análise de capacidade deste, com base no enfoque de Testa, avaliando o seu grau de poder técnico, político e administrativo na instituição.

ATORES	PODER POLÍTICO	PODER TÉCNICO	PODER ADMINISTRATIVO
Diretoria da DIVAST/CEST			
Coordenadores/da DIVAST/CESAT			
Técnicos da DIVAST/CESAT			
Gestores Municipais			
Secretários de saúde Municipal			
Coordenador de CEREST			
DIRES/Técnico Referencia em ST			
Conselho Gestor Municipal			
Controle Social			

### 2.3 Caracterização dos problemas (formulação, priorização, explicação do problema).

Desenvolver a caracterização dos problemas, entendendo o conceito destes, como fazer para caracterizá-los e as informações necessárias e fontes de verificação para sua formulação.

#### Formulação

O que é?	Como caracterizar? Quem define?	Quais são as informações necessárias e fontes de verificação?
<b>Problema:</b> Situação que foge aos padrões de normalidade de acordo com o ator social.	Responder as questões: qual o problema, a quem atinge, qual magnitude do problema, quando e onde acontece. Atores sociais relacionados com a situação (técnicos, dirigentes, representantes da sociedade civil organizada).	Dados/Informações disponíveis nos Sistemas de Informação oficiais (SIM, SINAN, SINASC, SIA, SIH, CNES, IBGE, etc); Consulta a informantes-chave: aplicação de questionários fechados, entrevistas abertas ou semi-estruturadas, observação e grupo focal.

No caso em que haja a identificação de necessidades ou demandas/propostas abordadas em Conferências ou outros movimentos de planejamento, aproximar/traduzir estas em problemas para elaborar sua caracterização.

**Necessidade:** situação correspondente a uma carência, desejo e aspiração, variável de acordo com o referencial adotado.

**Demandas/propostas:** solicitações/pedidos da sociedade ou de movimentos sociais organizados; situações/ eventos inusitados.

#### Priorização do Problema

Definir o problema a ser escolhido (priorizado) para enfrentamento. Para tanto deve utilizar os critérios para comparação entre os problemas e considerar os seguintes critérios:

**A) Relevância ou transcendência** – valorização social, econômica, política, cultural, científica que se dá ao problema.

**B) Urgência** – custo de postergação do problema.

**C) Factibilidade/vulnerabilidade** – recursos disponíveis ou potencialmente disponíveis para resolução do problema.

**D) Magnitude** – importância do problema.

**E) Explicação do problema:** Explicar o problema a partir de pressupostos/referenciais técnico-científicos ideológicos, podendo utilizar como método a árvore de problemas, caracterizando causas (determinantes e condicionantes) e consequências dos problemas

(relacionadas ao estado de saúde e ao sistema de saúde, ao impacto sócio-econômico sobre a população atingida pelo problema) e envolvendo atores sociais relacionados com os problemas.

#### **2.4 Formulação preliminar das proposições (objetivos – hierarquia) articuladas as diretrizes políticas da instituição.**

O que é?	Como elaborar? Quem define?	Quais são as informações necessárias e fontes de verificação?
<p>Objetivo geral: “imagem invertida ou expressão positiva do problema”; o que se pretende desenvolver para enfrentar, reduzir ou controlar, o problema. Tem que ser passível de mensuração, com indicação de tempo e espaço. Incluir meta.</p>	<p>A partir da árvore de problemas. Formular o objetivo geral como expressão positiva ou inversa do problema.</p> <p>Atores sociais envolvidos na elaboração do projeto definem o objetivo geral.</p>	<p>Informações da análise da situação, utilizando os elementos da etapa anterior que definiram o problema.</p>
<p>Objetivo específico: desagregação do objetivo geral; tudo que precisa fazer para alcançar o objetivo geral. Vai basear a avaliação.</p>	<p>A partir da análise das causas. Formular os objetivos específicos de modo que contribuam para o alcance do objetivo geral.</p> <p>Atores sociais envolvidos na elaboração do projeto definem os objetivos específicos.</p>	

## 2.5 Análise e construção da viabilidade das proposições

O que é?	Como elaborar? Quem define?	Quais são as informações necessárias e fontes de verificação?
Viabilidade: avaliação da disponibilidade de recursos atuais e potenciais para o cumprimento dos objetivos.	Aplicar a matriz FOFA.	Elaboração preliminar dos objetivos geral e específicos.
Técnico-organizativa: conhecimentos (técnico e de processos de trabalho), habilidades, estrutura organizacional e processos de gestão.	Atores sociais envolvidos na elaboração do projeto.	Consulta a informantes-chave.  Análise documental.
Econômico-financeira: disponibilidade de recursos; capacidade de captar e redirecionar recursos; recursos materiais, humanos e físicos (quantidade)		
Política: vontade política para implementar as ações; capacidade de mobilizar vontades; manuseio de recursos de poder.		

### Passo a passo:

1. Formular objetivos específicos;
2. Definir ações e atividades em função dos objetivos específicos;
3. Aplicar a matriz FOFA em função de cada ação;
4. Revisar os objetivos geral e específicos e as ações em função da análise realizada e reformular, se necessário.

## 2.6 Elaboração da programação operativa (cronograma físico-financeiro)

O que é?	Como elaborar? Quem define?	Quais são as informações necessárias e fontes de verificação?
Definir o conjunto de ações, atividades e tarefas a serem executadas para o alcance dos objetivos pretendidos com identificação dos responsáveis e envolvidos (pessoa física e jurídica), recursos necessários e período de execução da ação/atividade.	A partir da formulação dos objetivos específicos e da quantificação mais precisa dos recursos necessários.	Análise da etapa anterior; Elementos do Orçamento (PPA, LOA, LDO); agencias e outras fontes de financiamento.

Lei 4320/64 (Orçamento Público)

Lei 8666/93 (Licitação)

## 2.7 Definição das perguntas de avaliação e da matriz de indicadores de monitoramento/avaliação.

O que é?	Como elaborar? Quem define?	Quais são as informações necessárias e fontes de verificação?
<p>Pergunta(s) de avaliação: Ajuda a verificar o grau de cumprimento dos objetivos, a realização das ações e atividades e da disponibilidade de recursos necessários – avaliação da estrutura (física, financeira, recursos humanos) processos e resultados.</p>	<p>A formulação das perguntas deve ser derivada da programação operativa, das definições dos objetivos, ações e atividades, considerando a disponibilidade de recursos financeiros e outros (depende do que se quer mensurar).</p>	<p>Informações: Conteúdo da Programação operativa;  Fontes de verificação: registro das etapas anteriores da elaboração do projeto.</p>
<p>Indicador(es) de processo: Medida do grau de cumprimento de ações e atividades</p>	<p>Definir numerador e denominador (quando frequência) ou número absoluto, fonte de verificação, periodicidade de coleta e divulgação. Verificar se existem indicadores nos instrumentos normativos que podem ser utilizados para mensurar o projeto.</p>	
<p>Indicador (es) de produto: Medida do grau de cumprimento dos objetivos específicos</p>		
<p>Indicador (es) de resultado: Medida do grau de cumprimento do objetivo geral</p>		

Exemplo:

Indicador de resultado:

Objetivo Geral	Indicador de Resultado	Forma de cálculo	Fonte de Verificação	Periodicidade de coleta e divulgação
Capacitar as equipes técnicas dos 14 CEREST/31 DIRES em vigilância, atenção e gestão e educação permanente entre 2012 e 2015	Cumprimento das metas pactuadas com cada CEREST/DIRES	Metas/ indicadores	SINAN	Anual
Objetivo Específico	Indicador de Produto	Forma de cálculo	Fonte de Verificação	Periodicidade de coleta e divulgação
Implementar um programa de Educação Permanente para a RENAST/Ba	Proporção de trabalhadores da RENAST/BA/profissionais qualificados no programa de Educação Permanente para a RENAST/Ba	Nº.de trabalhadores da RENAST-Ba qualificados\ total de trabalhadores da RENAST/Ba	Relatórios de conclusão de ações de formação	Depende da frequência da ação
Ação	Indicador de Processo	Forma de cálculo	Fonte de Verificação	Periodicidade de coleta e divulgação
Desenvolver um programa de educação permanente integrado para	Proporção de cursos realizados; Proporção de egressos	Nº. de cursos realizados\ total de cursos programados	Relatórios de conclusão dos cursos,	Depende da frequência da ação

a RENAST/Ba		Nº.de egressos\ Nº de educandos matriculados	matriculas efetivadas, certificado s emitidos.	
-------------	--	--	---	--

## 2.8 Gestão do projeto: sistema de petição e prestação de contas.

O que é?	Como fazer?	Quem?
<p>É o gerenciamento da execução, monitoramento e avaliação do projeto. Avaliação periódica (monitoramento) conforme indicadores previstos, mediante o exercício de liderança (dirigentes e coordenadores de atividades), organização permanente dos processos de trabalho em cada local vinculado ao projeto.</p>	<p>Elaborar a matriz final para síntese do projeto. Montar a logística do monitoramento (ajuda na análise/ check-list):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sala de situação (espaço físico e ou virtual que possui informações importantes para tomada de decisão dos gestores);</li> </ul> <p>Estabelecimento do cronograma de reuniões (pauta, encaminhamentos, responsáveis):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pactuação e cumprimento dos acordos;</li> </ul>	<p>O gerente do projeto e a equipe que irá gerir/executar o projeto.</p>

### Anexo: Matriz síntese do projeto

Problema:

Objetivo geral	Indicador	Fonte(s) de verificação	Formas de divulgação
Objetivo(s) específico(s)	Indicador (es)	Ação/atividade/recursos necessários	Indicador (es)

### 3 REFERÊNCIAS

1- TEIXEIRA, Carmen Fontes; QUEIROZ Ana Luiza Vilasbôas; JESUS, Washington Luiz Abreu de. Proposta metodológica para o planejamento em saúde no SUS. In: TEIXEIRA, Carmen Fontes (org.). **Conceitos, métodos e experiências**. Salvador: Edufba, 2010. Cap. 3, p. 77-94.

SALES,Isabela Junquiera Aires; BAPTISTA, Rosanita **Relatório da Oficina de Planejamento da DIVAST no ano de 2012**. DIVAST-Coordenação de Planejamento (COPLAN); DIVAST. Salvador. Documento institucional não publicado. 22/12/2011.