

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



Vânia Maria Araújo Loureiro

Dores e sabores do trabalho na atenção primária à saúde:

experiência pedagógica de vigilância em saúde do trabalhador da saúde em
uma unidade de atenção primária à saúde do Município de Fortaleza, CE.

Rio de Janeiro

2019

Vânia Maria Araújo Loureiro

Dores e sabores do trabalho na atenção primária à saúde:

experiência pedagógica de vigilância em saúde do trabalhador da saúde em uma unidade de atenção primária à saúde do Município de Fortaleza, CE.

Dissertação elaborada no Curso de Mestrado Profissional Vigilância em Saúde do Trabalhador e apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Vigilância e Avaliação em Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dra. Lúcia Rotenberg

Orientadora: Prof.^a Dra. Élide A.
Hennington

Rio de Janeiro

2019

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

L892d	<p>Loureiro, Vânia Maria Araújo. Dores e sabores do trabalho na atenção primária à saúde: experiência pedagógica de vigilância em saúde do trabalhador da saúde em uma unidade de atenção primária à saúde do Município de Fortaleza, CE / Vânia Maria Araújo Loureiro. -- 2019. 147 f. : il. color.</p> <p>Orientadoras: Lúcia Rotenberg e Élide A. Hennington. Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2019.</p> <p>1. Saúde do Trabalhador. 2. Reabilitação Vocacional. 3. Planejamento Estratégico. 4. Atenção Primária à Saúde. 5. Vigilância em Saúde do Trabalhador. 6. Sistema Único de Saúde. I. Título.</p> <p>CDD – 23.ed. – 363.11098131</p>
-------	--

Vânia Maria Araújo Loureiro

Dores e sabores do trabalho na atenção primária à saúde:

experiência pedagógica de vigilância em saúde do trabalhador da saúde em uma unidade de atenção primária à saúde do município de Fortaleza, CE.

Dissertação elaborada no Curso de Mestrado Profissional Vigilância em Saúde do Trabalhador e apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Vigilância e Avaliação em Saúde.

Aprovada em: 12 de abril de 2019

Banca Examinadora

Prof.^a Dr.^a Fátima Sueli Neto Ribeiro
Universidade Estadual do Rio de Janeiro – Professora associada.

Prof.^a Dr.^a Eliana Chaves Vianna
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
- Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria.

Prof.^a Dr.^a Lúcia Rotenberg (Orientadora)
Fundação Oswaldo Cruz - Instituto Oswaldo Cruz- Laboratório de Educação
em Ambiente e Saúde.

Prof.^a Dr.^a Élide A. Hennington (Orientadora)
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
- Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública.

Rio de Janeiro

2019

Pela necessidade de ainda tão menina ter tido que superar a dor de tantos momentos de ausência de sua companheira de aventura, dedico esse trabalho a Milena Rianne Loureiro Gomes, minha neta primogênita, que, num desses momentos, preparando um lanche e gravando um vídeo, me colocou à disposição de quem quisesse, dizendo: “ – gente, se vocês quiserem ter uma avó que estuda muito, pegue a minha; se vocês quiserem uma avó que não estuda, num pegue a minha não. Porque minha vó estuda, que estuda...” Mas considerando que tudo é aprendido, essa experiência foi muito enriquecedora para nós duas.

AGRADECIMENTOS

A quem devo agradecer por mais essa conquista em minha vida? Sem dúvida, a Deus, a quem sou grata todos os dias pelos anjos, em forma de humanos, que coloca sempre em meu caminho, para cuidar de mim em todas as situações e momentos.

O primeiro grande anjo, Chico Carlos, meu companheiro que, mesmo sem entender o porquê de alguém, que já deveria estar desacelerando, resolve fazer mestrado no Rio de Janeiro, mas, mesmo assim, me apoiou completamente. Seguem-se os anjos que coloquei no mundo - Mileanne, Samuel e Moisés, que se empolgaram com minha coragem e estão comemorando comigo esta vitória. A minha anjinha, Milena, que, mesmo com lágrimas, dizia sempre: “- Vai vovó, mas volta logo.” E aos recém-chegados do céu Davi e Mariana, que pouco sentiram a minha ausência, mas abrilhantaram a minha defesa. E a minha anja quase irmã, Flaviana, que sempre esteve na linha de frente da torcida.

Minha anja Jane Mary, presente desde a minha decisão de fazer a inscrição, tornou-se minha companheira de avião, metrô e trem por dois anos, duas matutas do Ceará, eu bem mais que ela, desbravando a Cidade Maravilhosa, foi superdivertido e inesquecível. A família de anjos Fátima Sueli, Guilherme, Nick e Sila, que nos acolheu (eu e Jane) em seu lar durante todas as aulas presenciais, nos ensinando o que é hospitalidade e amizade.

Aos anjos que me ajudaram nas oficinas do curso, Karol, Robson, Eliezete e, em especial, a Fabiola, que, mesmo de férias, participou ativamente. Aos anjos profissionais da saúde, que aceitaram participar do curso (campo da pesquisa). Aos anjos que estão na gestão da Célula de Referência em Saúde do Trabalhador e da Unidade de Atenção Primária à Saúde, que aceitaram o desafio e facilitaram o processo, e toda equipe do CEREST Regional Fortaleza, que, de algum modo, contribuiu para essa realização; e a minha anja incentivadora, Dra. Irismar Almeida.

Aos anjos da ENSP/FIOCRUZ, que cuidaram dos detalhes acadêmicos, na pessoa da Renatinha, e da nossa formação, com destaque especial para Ana Braga e Simone Oliveira, coordenadoras do curso, e minhas orientadoras, Lúcia Rotenberg e Élide Hennington, fundamentais para essa conquista. A todos os amigos e amigas que ficarão para sempre guardados no peito, e a tantos outros, que se fosse nominar teria que fazer um volume à parte da dissertação. Não posso deixar de agradecer e honrar, de modo especial, à anja guerreira Maria Rita do Socorro Araújo, minha mãe que orou e ora por mim todos os dias.

DISSERTAÇÃO EM VERSO

Trabalhar na APS é sabor ou dissabor?
O que é que você pensa?
Existe entre eles diferença?

Pra você jiló é doce
Pra mim amarga é sua crença

Trabalhar na APS
É viver num furacão
Em meio a tantas demandas,
Metas e reclamação
Não importa o que eu faça
Elogio não tem não.

Amigo, discordo do seu dissabor
Pra mim APS é minha missão
Gosto tanto de cuidar,
Que peço a Deus resignação
Para não deixar de amar
Quem me feriu o coração.

É! assim não deu pra saber!
É preciso resolver!
É sabor ou dissabor,
APS pra você?

Para intervir na questão
Bolei uma experiência pedagógica.
Visando uma produção
Com diálogos seguindo a lógica

E hoje apresento a dissertação
Trazendo mais que um plano
Plausível de implantação
Pois foi possível gestar
Lá no meu Ceará
A sonhada comissão.

(Vânia Maria Araújo Loureiro -2019)

RESUMO

A questão que norteou esta pesquisa foi: escutar, refletir e discutir sobre os sabores e dissabores da produção do cuidado seriam suficientes para a mobilizar e agregar trabalhadores de uma UAPS num movimento coletivo e multiprofissional para a construção de um produto de caráter interventivo, com vistas à melhoria das condições de saúde e trabalho? Assim, o estudo teve por objetivo instrumentalizar trabalhadores e trabalhadoras de uma Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) para a construção de um plano de ação em vigilância em saúde do trabalhador, plausível de implantação em seu local de trabalho. Para atingir este objetivo, foi planejado, elaborado e executado, em 2018, o ‘Curso Introdutório de Vigilância em Saúde do Trabalhador da Saúde: uma abordagem dialogada com trabalhadores da Atenção Primária’. Participaram 33 trabalhadores de várias categorias profissionais de uma UAPS. O Curso contou com quatro encontros presenciais e atividades na dispersão, que incluíram trabalhadores que não estavam inscritos no curso por meio de enquetes sem identificação. As atividades se inspiraram nas etapas de um processo de Planejamento Estratégico Situacional, sem, contudo, se ater ao rigor metodológico. No Módulo I - *O mundo do trabalho na APS*, os participantes refletiram e discutiram sobre as emoções (sabores/prazeres e dissabores/sofrimentos/dor) de trabalhar na APS. No Módulo II, *Elaboração do Plano de Ação de Vigilância em Saúde do Trabalhador da Saúde - 1ª etapa*, se iniciou o passo a passo para a elaboração do plano, considerando os dissabores como os problemas do cotidiano. Estes foram priorizados, utilizando a ferramenta da matriz de priorização de problemas do sistema de saúde – RUF-V, seguida da discussão sobre suas causas e consequências. No módulo III, *Elaboração do Plano de Ação de Vigilância em Saúde do Trabalhador da Saúde – 2ª. Etapa*, foram elaborados as propostas, as metas, indicadores, fonte de verificação, prazo, responsável e parceiros. No módulo IV, *Fim da elaboração do Plano de Ação de Vigilância em Saúde do Trabalhador da Saúde*, foi vista a necessidade de fortalecer o envolvimento dos planejadores com a execução do plano, que foi retrabalhado mediante a ferramenta 5w3h, que considera o que deve ser feito, por que, quem fará, quando, em que setor/área, como fará, custos e indicadores. Realizou-se uma pesquisa de opinião para validar a experiência pedagógica para utilização em outros serviços da Rede SUS e foi composta a Comissão de Saúde da UAPS, para ficar à frente da implantação do plano. Em setembro/2018, com o comparecimento de membros da Comissão, foi feita a devolutiva para a gestora, que posteriormente apresentou a elaboração do Plano e a Comissão como uma experiência exitosa da UAPS, em um evento do Município de Fortaleza. A experiência cumpriu o objetivo pretendido, esperando-se que possa ser replicada em outras unidades do setor de saúde de Fortaleza. O CEREST acompanha o desenvolvimento, adaptações e ajustes do plano. Avalia-se que a questão norteadora do estudo pode ser respondida afirmativamente, pois a elaboração de um Plano de Ação pelos trabalhadores parece ser viável, além de necessária. Cabe aos profissionais da saúde, e, em especial, aos dos CERESTs, dar continuidade ao processo, envolvendo o controle social, rumo à formulação de uma Política Municipal de Saúde do Trabalhador da Saúde com o reconhecimento e manutenção de comissões locais de Saúde.

Palavras-chave: Saúde do Trabalhador. Trabalhador da Saúde. Planejamento Estratégico. Atenção Primária em Saúde. Vigilância em Saúde do Trabalhador.

ABSTRACT

The question that guided this study was: to listen, reflect and discuss about the facilities and difficulties present in the production of care if it would be sufficient to mobilize and deliver workers in a Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) [Unit of Primary Health Care] in a collective multi professional for the construction of a product of intervention character, with a view to improving the health conditions and work? Thus, the objective of the study was to equip workers at a UAPS to construct an action plan on worker health surveillance, plausible for implantation at their workplace. To achieve this objective, was planned, designed and implemented, in 2018, the 'Introductory Course of health surveillance of the health worker: an approach dialogued with the Primary Care workers". The course attended by 33 workers of various professional categories. The course was attended on four meetings and activities of dispersion which included workers who were not enrolled in the course through polls without identification. The activities are inspired in the steps of a process of strategic planning situational, without, however, if you stick to the methodological rigor. In the Module I - The world of work in the APS, the participants reflected and discussed about the emotions (flavors and dislikes) working in the APS. In Module II, Elaboration of the Plan of Action of Health Surveillance of the Health Worker - 1st stage, it started the step by step for the construction of the plan, considering the troubles as the problems of everyday. They were prioritized using the tool of the matrix of prioritization of problems of the health system - RUF-V followed the discussion about its causes and consequences. In Module III, Elaboration of the Plan of Action of Health Surveillance of the Health Worker - 2nd. Step, were drawn up proposals, the goals, indicators and sources of verification, term, responsible and partners. In Module IV, End of the elaboration of the Plan of Action of Health Surveillance of the Health Worker, was the need to strengthen the involvement of planners with the implementation of the plan, which was reworked through the tool 5w3h. We carried out a survey to validate the pedagogical experience for use in other Network Services (SUS) and was composed of the Health Commission of UAPS, to stay ahead of the implementation of the plan. In September 2018, with the presence of members of the Commission, was made to feedback to the manager. The experience achieved the desired objective, it is expected that can be replicated in other units of the health sector of the municipality of Fortaleza, since the elaboration of a Plan of Action by the workers seems to be viable, besides being necessary. It is the responsibility of health professionals, and especially those of the CERESTs, to continue the process, involving social control, towards the formulation of a Municipal Health Policy for the Health Worker with the recognition and maintenance of local health commissions.

Keywords: Workers' Health. Health Personnel. Strategic Planning. Primary Health Care. Worker's Health Surveillance.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Foto 01 -	Reunião com as gestoras da UAPS, do CEREST e técnica da COGTES.....	52
Quadro 1 -	Síntese do Curso de Vigilância em Saúde do Trabalhador da Saúde: uma abordagem dialogada com trabalhadores da Atenção Primária. As estratégias de ensino-aprendizagem são descritas no item relativo aos respectivos módulos.....	57
Foto 02 -	Leitura e explicação do TCLE em 16/08 e 17/08/2018.....	60
Foto 03-	Dinâmica de acolhimento e integração ‘Esse é o meu amigo’.....	62
Foto 04 -	Desenho - Sol Energia Positiva.....	63
Foto 05-	Desenho - Fé.....	63
Foto 06-	Desenho - Família.....	63
Foto 07-	Desenho - Valorização do Profissional.....	64
Foto 08-	Desenho - Pôr o pé na estrada.....	64
Foto 09 -	Desenho - Relação desigual.....	64
Quadro 2-	Sentimentos ‘sabores’ (prazer/saúde) consensuados pelos participantes, por bloco temático.....	68
Foto 10-	Sabores compartilhados no grupo.....	71
Foto 11-	Sabores revelados para a turma.....	71
Foto 12 -	Tenda dos sabores.....	72
Foto 13 -	Dissabores compartilhados no grupo.....	77
Foto 14 -	Muro dos dissabores.....	77
Foto 15 -	Muro dos dissabores 2.....	78
Foto 16 -	Cartaz - Exibindo o mundo do trabalho na APS.....	80
Foto 17 -	Acróstico - Exibindo o mundo do trabalho na APS.....	80
Foto 18 -	RAP - Exibindo o mundo do trabalho na APS.....	81
Foto 19 -	Dinâmica de acolhimento e integração – ‘Cuidando e sendo cuidado’.....	85
Quadro 3-	Problemas priorizados por turma e por grupos.....	88
Foto 20 -	Abertura da urna referente à enquete: o que tira a sua satisfação no cotidiano do seu trabalho, além da questão salarial?.....	89
Foto 21 -	Trabalhando em grupo na priorização dos problemas	90
Foto 22 -	Trabalhando a priorização dos problemas em reunião plenária.....	90
Quadro 4-	Causas, problemas e consequências Turma I.....	94

Quadro 5-	Causas, problemas e consequências Turma II.....	95
Foto 23 -	Recurso audiovisual usado na dinâmica de acolhimento e integração ‘O despertar da criatividade e da responsabilidade de criança que há em nós’	98
Foto 24 -	Placa com Diretrizes – Protocolo 008/2011.....	99
Figura 01 -	Modelo da Planilha utilizada para a formulação do plano de Ação - padrão SMS.....	102
Quadro 6 -	Agrupamento dos problemas priorizados para intervenção, por blocos temáticos.....	106
Quadro 7-	Bloco Temático B - Falta de Planejamento e Cogestão - Problemas Priorizados, Ações Interventivas -Propostas e Ações Interventivas Condensadas.....	107
Figura 02 -	Transcrição do <i>e-mail</i> enviado para os participantes com o plano condensado em anexo.....	108
Foto 25 -	Apresentação dos riscos nos ambientes de trabalho.....	112
Figura 03 -	Plano de Ação em Vigilância em Saúde do Trabalhador da Saúde da UAPS Irmã Hercília Lima de Aragão – modelo padrão SMS.....	114
Figura 04 -	Planilha 5W3H Bloco Temático D.....	115
Figura 05 -	Termo de Adesão à Comissão de Saúde do Trabalhador da Saúde da UAPS Irmã Hercília.....	116
Foto 26 -	Setembro amarelo.....	117
Figura 06 -	Pesquisa de opinião sobre o Curso.....	119
Foto 27 -	Encerramento Turma I.....	121
Foto 28 -	Encerramento Turma II.....	121
Foto 29 -	Devolutiva à gestora com o comparecimento dos membros da comissão.....	122
Figura 07 -	Imagem do convite para a III Mostra Regional de Saúde.....	123
Foto 30 -	Entrega de certificados.....	124
Foto 31 -	Reunião de monitoramento.....	124
Foto 32 -	Reunião da Comissão Local de Saúde do Trabalhador da Saúde da UAPS Irmã Hercília Lima Aragão.....	125
Foto 33 -	Reunião de monitoramento 2 - Comissão Local de Saúde do Trabalhador da Saúde da UAPS Irmã Hercília Lima Aragão e....	126

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABS	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AMAQ	Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEINFA	Célula dos Sistemas de Informações e Análises em Saúde
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CEREST	Célula ou Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COGTES	Coordenadoria de Gestão do Trabalho, Educação e Saúde
CORES	Coordenadoria Regional de Saúde
CRST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
MPVISAT	Mestrado Profissional em Vigilância em Saúde do Trabalhador
TEM	Ministério do Trabalho e Emprego
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNH	Política Nacional de Humanização
PNSST	Política Nacional de Saúde e Segurança no Trabalho
PNSTT	Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora
PPD	Projeto de Pesquisa e Desenvolvimento
PSF	Programa de Saúde da Família
RENAST	Rede Nacional de Atenção Integral em Saúde do Trabalhador
SARS	Síndrome Respiratória Aguda Grave
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SESMT	Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho
SMS	Secretaria Municipal de Saúde

SR	Secretaria Regional
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UAPS	Unidade de Atenção Primária à Saúde
VISAT	Vigilância em Saúde do Trabalhador

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	MARCO TEÓRICO-CONCEITUAL	22
2.1	As relações trabalho-saúde e o campo da saúde do trabalhador no Brasil.....	22
2.2	A Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS: conceitos e dificuldades em sua prática.....	27
2.3	A saúde do trabalhador da saúde, com destaque para o da Atenção Básica.....	30
2.4	Prazer e sofrimento no trabalho – principais conceitos da psicodinâmica do trabalho.....	35
2.5	Planejamento Estratégico Situacional.....	38
3	JUSTIFICATIVA	42
4	OBJETIVOS	45
4.1	Objetivo geral.....	45
4.2	Objetivos específicos.....	45
5	METODOLOGIA	46
5.1	Tipo de estudo.....	46
5.2	Local do estudo.....	47
5.3	Aspectos Legais e Éticos.....	49
5.4	Procedimentos para a realização da experiência pedagógica.....	49
5.4.1	Interlocução e pactuação com a gestão da UAPS	51
5.4.2	Planejamento, coordenação e realização da experiência pedagógica	53
5.5	Desenvolvimento dos módulos.....	58
5.5.1	Módulo I – O mundo do trabalho na APS	58
5.5.1.1	<i>Atividades realizadas e respectivas observações e implicações</i>	58

5.5.2	<i>Módulo II – Elaboração do Plano de Ação de Vigilância em Saúde Trabalhador da Saúde - 1ª etapa</i>	84
5.5.2.1	<i>Atividades realizadas e respectivas observações e implicações</i>	84
5.5.3	<i>Módulo II – Elaboração do Plano de Ação de Vigilância em Saúde Trabalhador da Saúde - 2ª etapa</i>	97
5.5.3.1	<i>Atividades realizadas e respectivas observações e implicações</i>	97
5.5.4	<i>Intervalo dos módulos III e IV – atividades realizadas por nós, como pesquisadora</i>	105
5.5.5	<i>Módulo IV – Fim da elaboração do Plano de Ação de Vigilância em Saúde do Trabalhador da Saúde da UAPS Irmã Hercília Lima de Aragão</i>	109
5.5.5.1	<i>Atividades realizadas e respectivas observações e implicações</i>	109
6	DESDOBRAMENTOS DO CURSO – MOMENTO TÁTICO-OPERACIONAL	122
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	127
	REFERÊNCIAS	129
	ANEXO A PLANO DE AÇÃO PLANILHA-PADRÃO SMS	136
	ANEXO B PLANO DE AÇÃO PLANILHA 5W3H	141

1 INTRODUÇÃO

A realização deste estudo decorreu da necessidade de responder a algumas demandas acadêmicas, pessoais e profissionais, que se entrelaçaram e possibilitaram seu desenvolvimento com foco na temática de nosso interesse - a ‘saúde do trabalhador da saúde’.

A determinante condição do nosso maior interesse por essa temática foi na verdade a própria vivência profissional no setor saúde. Enfermeira, servidora da Secretaria Municipal de Saúde há mais de três décadas, nosso primeiro local de trabalho foi em um Centro de Saúde no qual desfrutamos sabores e dissabores e aprendemos que, em espaços individuais o saber, e a discordância de situações do cotidiano do trabalho nem sempre são ou foram ações condutoras para a melhoria das condições de saúde e trabalho, mas, ao contrário, trabalhador que questiona ‘é problemático’.

Firmada nesse tirocínio, a pesquisa buscou não apenas investigar a realidade dos trabalhadores da saúde em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS), no que concerne aos aspectos de prazer e sofrimento produzidos no contexto da elaboração do cuidado para, mediante os resultados, propor ações interventivas. Mas sim, atreveu-se a convocar em um só lugar os saberes desses trabalhadores, intencionando a transformação dessa realidade, porém com base neles

Esse movimento pedagógico considerou os ensinamentos de Paulo Freire (1999), quando adotou uma prática educativa libertadora e transformadora, capaz de mobilizar sentimentos, produzir reflexões e constituir coletivamente um plano de ação de vigilância em saúde do trabalhador a ser implantado na UAPS, como estratégia de intervenção sobre a história desses sujeitos. Este movimento percorreu, em escala micro, o terreno da artesanaria das práticas de Boaventura Santos, quando favoreceu a integração dos diversos saberes, expressos num objetivo comum: melhorar (transformar) as condições de saúde e de trabalho do trabalhador da saúde da UAPS, independentemente da formação ou vínculo de emprego.

O lugar de enunciação da ecologia de saberes são todos os lugares onde o saber é convocado a converter-se em experiência transformadora. Ou seja, são todos os lugares que estão para além do saber enquanto prática social separada. É o terreno onde se planeiam ações práticas, se calculam as oportunidades, se medem os riscos, se pesam os prós e os contras. É este o terreno da artesanaria das práticas, o terreno da ecologia de saberes. (SANTOS, 2018, p. 71).

A experiência pedagógica não pretendeu capacitar os trabalhadores da saúde, no sentido de oferecer a eles um vasto referencial teórico, buscando torná-los capazes, para desenvolver ações de vigilância em saúde do trabalhador em seus locais de trabalho. Demandou, isso sim, utilizar estratégias metodológicas que possibilitassem o envolvimento dos trabalhadores, como pessoas, profissionais e técnicos, em movimentos de reflexão, escuta e fala, num crescimento consciente demudando-se em agentes fundamentais na arte coletiva de elaborar e executar ações, para a melhoria das condições de saúde e de trabalho na UAPS. Para tanto, ofertou aporte teórico suficiente, com vistas a embasar as discussões e a construção do conhecimento, não negando, assim, o caráter formativo da experiência, que corrobora Paulo Freire na afirmação da “importância do papel do educador, o mérito da paz com que viva a certeza de que faz parte de sua tarefa docente não apenas ensinar os conteúdos, mas também ensinar a pensar certo.” (FREIRE, 1996, p. 14).

Essa necessidade de envolver os trabalhadores da saúde em momentos coletivos direcionados para pensar em estratégias de melhoria das suas condições de saúde e de trabalho, fundamenta-se, não só, na nossa vivência profissional, mas também em estudos que relembram a origem da produção do cuidado, avaliam o trabalho na saúde como fator que possibilita a alteração no perfil de morbidade de seus trabalhadores, e os problemas da gestão no SUS advindos da sua inserção na lógica do capital.

Quanto à origem da produção do cuidado, vale ressaltar que, na Idade Média, os médicos eram geralmente clérigos (ROSEN; MOREIRA; BONFIM, 2006). As cuidadoras dos doentes eram caridosas, que viam nessa prática um ato de amor ao próximo, doação e humildade (PADILHA; MANCIA, 2005). Destarte, o trabalho da saúde foi originado numa realidade religiosa, cristã, uma maneira de agradar a Deus e quiçá redimir os pecados. Hoje, mesmo em um mundo envolto numa evolução acelerada de conhecimentos técnicos, científicos e tecnológicos, onde novas categorias profissionais para a área da saúde são criadas, traços dos sentimentos originais parecem permanecer.

Quanto à influência do trabalho na saúde do trabalhador, Braga; Carvalho e Binder (2010) ressaltaram o desprazer sentido pelo TS no trabalho, com a conseqüente mudança no perfil de morbidade desses trabalhadores. Mendes (2017) a seu turno, apresentou os problemas da gestão do SUS como reflexo do modelo de desenvolvimento capitalista “[...]os diversos problemas que a gestão do trabalho no SUS vem sofrendo nos

últimos anos, no contexto da perversidade do capitalismo contemporâneo, sob o poder dominante do capital portador de juros.” (2017, p. 9).

Vários outros estudos abordam as dificuldades do trabalho na saúde e sua relação com o modelo de desenvolvimento econômico. Assunção (2014) aponta para o fato de os TS vivenciarem os efeitos do progresso científico e tecnológico, ao mesmo tempo em que experimentam e testemunham o crescimento das desigualdades e da injustiça social decorrentes do comportamento adotado pelos governos brasileiros, privilegiando o capital em detrimento do trabalho, sob o discurso do desenvolvimento do País.

Ante o neoliberalismo, cuja máxima é expressa na hegemonia do capital financeiro, modifica-se a legislação, usurpando direitos, subfinanciando o Sistema Único de Saúde, sonhado e gestado pelo próprio povo, que, amortecido, não o defende. Além disso, ampliam-se os repasses dos recursos públicos para a gestão privada das Organizações Sociais de Saúde (OSS), legalmente amparados na Lei de Responsabilidade Fiscal, que limita o aumento de gasto direto com pessoal, favorecendo a terceirização, incentivando a associação a planos de saúde, quando deduz esse gasto no imposto de renda de seus segurados, dentre outras ações que atingem toda a população brasileira e, em especial, as condições de saúde e trabalho na saúde, foco deste ensaio (MENDES, 2017).

Outro fato observado por nós, na qualidade de enfermeira servidora da Secretaria Municipal de Saúde, lotada por 13 anos na Atenção Básica¹, com dez anos na equipe técnica da Secretaria Executiva Regional III, e atualmente na Célula de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), foi o pouco envolvimento dos trabalhadores da saúde em manifestações de luta por melhores condições de saúde e de trabalho, embora não tenham sido raras as paralizações organizadas por sindicatos, em que quase sempre o aspecto salarial foi a pauta central.

Provavelmente o pouco envolvimento se justifique, não pela simples decisão de não participar das manifestações, mas sim, por um contexto de multicausalidade que se reflete na vida dos trabalhadores da saúde, dentre eles os argumentos políticos e econômicos, adotados no Brasil, que levam à redução e ao congelamento dos

¹ As expressões Atenção Básica (AB) e Atenção Primária em Saúde (APS) utilizados nesse projeto serão considerados equivalentes, corroborando a Portaria nº 2.436 do Ministério da Saúde, de 21 de setembro de 2017, Art. 1ª em seu Parágrafo único.

investimentos no setor, enquanto o insere num modelo organizacional capitalista financeiro, balizado por metas e redução de custos. Assim, são adotados vínculos e condições de trabalho precários (MENDES, 2017; RIZZO; SANTOS, 2017), levando o trabalhador da saúde a uma atitude de submissão à flexibilidade das mudanças dos processos produtivos como meio de manter-se empregado (ASSUNÇÃO, 2014). Além disso, aponta-se a falta de espaços e oportunidades nos locais de trabalho para discutir no coletivo as matérias do cotidiano laboral envolvendo a gestão e a organização de maneira institucionalizada e planejada.

É interessante ressaltar que os governos do Estado do Ceará e de sua Capital, Fortaleza, no decurso da história, fizeram investimentos no setor saúde que os situam em evidência na realidade nacional. Como exemplo desse fato, destaca-se a experiência exitosa em capacitar mulheres da comunidade, para atuarem no território, ensinado e realizando cuidados básicos de saúde, porém com imenso potencial para a redução da mortalidade infantil. Mediante o sucesso da experiência, foi instituído o trabalho de agente de saúde, posteriormente difundido para todo o País. “No Ceará o trabalho com agentes de saúde existe desde 1986.” (ÁVILA, 2011, p. 349). Assim, o empenho do Estado do Ceará em criar estratégias para a melhoria das condições de saúde da população é reconhecido. As necessidades de atenção à saúde dos que estão do lado dos executores do cuidado, parece, no entanto, que ainda não foram percebidas.

Em outras palavras, o Estado do Ceará e a sua Capital ainda não ousaram protagonizar a criação de uma política de saúde do trabalhador da saúde com vistas a apoiar a política da gestão de pessoas com objetivos capazes de melhorar suas condições de saúde e de trabalho, pontos fundamentais para o alcance da produção e da qualidade do serviço, incluindo os trabalhadores da saúde como protagonistas no desenvolvimento da política.

Em âmbito geral, concordamos com Periago (2005), quando assinala haver consenso sobre a importância da saúde do trabalhador no desenvolvimento sustentável das nações, e que, nesse contexto, a saúde do trabalhador da saúde aufere relevância. Aceitamos, também, a ideia de Assunção (2014), quando diz que as políticas de recursos humanos por vezes consideram os TS apenas como recursos para a produção (que cresce a cada dia), e raramente como humanos que podem adoecer e até mesmo morrer no exercício do trabalho. Essas duas afirmações retratam o contexto de incoerência no qual vivem e trabalham os trabalhadores da saúde. De um lado, são agentes importantes e, de outro, seres humanos invisibilizados, nessa condição, e avaliados pelo alcance de metas

e qualidade do serviço, mesmo que para tanto não haja recursos suficientes. Desde os anos 1990, as políticas de RH incorporaram em seus objetivos a implantação de “[...] novas formas de gestão do trabalho fundadas no incentivo à produtividade e a qualidade.” (ASSUNÇÃO, 2014, p. 18). Essa incoerência torna mais clara a necessidade de implantação de uma política de saúde do trabalhador da saúde em todas as esferas de governo.

O CEREST Regional Fortaleza, onde trabalhamos, discute, desde a sua implantação, os aspectos de saúde do trabalhador da saúde, porém por dificuldades internas e externas, o desenvolvimento do *Projeto de Saúde para a Saúde* avança aquém do pretendido.

Em 2017, um fato novo reativou essa discussão: a morte de uma trabalhadora da Atenção Primária à Saúde (APS) por câncer de colo uterino, fato, na nossa avaliação, ilógico, inimaginável, pois faz parte das atribuições da UAPS verificar a realização de exames preventivos de câncer ginecológico e de mama nas mulheres do território, mapeando e fazendo busca ativa daquelas que não buscam o serviço ou que têm resultados indicativos de tratamento imediato. Como, então, se justifica a não captação dessa mulher? As mulheres que trabalham no próprio setor são invisíveis? Não estão contabilizadas na meta a ser alcançada? O acesso das trabalhadoras da saúde é garantido na UAPS? Pelo fato de não residirem no território no qual trabalham? Por serem trabalhadoras da saúde, cabe a elas o autocuidado? Essa morte, a nosso ver, foi algo inaceitável, e denuncia a necessidade expressa de estratégias locais para cuidar da saúde dos trabalhadores da saúde.

Em decorrência deste fato e de outros pontos pertinentes à saúde do trabalhador da saúde, a gestora e dois profissionais da unidade buscaram o CEREST com a intenção de levar para a UAPS alguma ação dirigida para a saúde dos seus trabalhadores, pronta para aplicação imediata.

No acolhimento dessa demanda, foram discutidas as necessidades de conhecer melhor as condições de saúde e de satisfação dos trabalhadores com o trabalho na UAPS e a inserção deles na formulação das ações interventivas, como sujeitos fundamentais para a mudança. Desse momento nasceram duas propostas: a primeira foi uma pesquisa institucional, com o objetivo de investigar o perfil de morbidade dos trabalhadores da APS das 12 UAPS do território geográfico da Coordenadoria Regional de Saúde II, para alicerçar e ampliar o debate sobre o tema com os demais gestores. A

segunda conformou uma atividade educativa com a temática da saúde do trabalhador da saúde, direcionada para os trabalhadores da UAPS demandante.

Ancorada nessa proposta, nós, como investigadora e técnica do CEREST, formulamos um projeto que foi qualificado no Curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, área de concentração de Vigilância em Saúde do Trabalhador, sob o título ‘Dores e sabores do trabalho da Atenção Primária à Saúde: experimento pedagógico de Vigilância em Saúde do Trabalhador da Saúde em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde do Município de Fortaleza, CE’, cujo objetivo central foi instrumentalizar os trabalhadores da UAPS na elaboração de ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador da Saúde para implantação no serviço.

Por orientação dos professores, houve alteração no título, passando de ‘experimento pedagógico’, para ‘experiência pedagógica’, pois entenderam que o termo ‘experiência’ era mais afim à proposta metodológica, que privilegiava nossa integração com os participantes durante toda a formação do conhecimento.

Assim, a experiência pedagógica foi desenvolvida como uma prática de Educação Permanente, mediante o ‘Curso Introdutório de Vigilância em Saúde do Trabalhador da Saúde: uma abordagem dialogada com trabalhadores da Atenção Primária’, cadastrado na Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (COGTES), da Secretaria de Municipal de Saúde de Fortaleza, com garantia de certificação para os participantes. Utilizou como estratégias pedagógicas dinâmicas de grupo, oficinas, exposição dialogada e atividades do diálogo com os trabalhadores. Tais atividades abordaram: (i) as fontes de sabores (o que dá prazer), e as dos dissabores (que geram sofrimento) no trabalho na APS; (ii) o passo a passo da elaboração de um plano de ação em vigilância em saúde do trabalhador da saúde, a ser implantado na unidade, levando em conta o material sobre as fontes de prazer e sofrimento; e (iii) a avaliação do curso, como experiência pedagógica para instrumentalizar trabalhadores de uma Unidade de Atenção Primária à Saúde de Fortaleza para se formular um plano de ação em vigilância em saúde do trabalhador plausível de implantação em seu local de trabalho, objetivo central deste experimento acadêmico.

A base teórica e conceitual que deu sustentação a este ensaio, perpassou os aspectos históricos do campo da saúde do trabalhador, os principais conceitos da Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT), bem como as dificuldades em sua prática no SUS, aspectos da saúde do trabalhador da saúde, com foco nos profissionais da

Atenção Básica, conceitos de prazer e sofrimento no labor, trabalho real e prescrito, mobilização subjetiva e reconhecimento profissional estudados por Dejours e, por último, alguns conceitos e características do planejamento estratégico em saúde.

Dada a característica do Mestrado Profissional esta dissertação foi realizada com vistas à aplicabilidade (replicação) no serviço. Desenvolveu-se em duas etapas: (i) preparação, dirigida à elaboração e às pactuações necessárias ao desenvolvimento do ‘Curso Introdutório de Vigilância em Saúde do Trabalhador da Saúde: uma abordagem dialogada com trabalhadores da Atenção Primária’; e (ii) execução do curso, cujo objetivo central foi instrumentalizar trabalhadores de uma Unidade de Atenção Primária à Saúde de Fortaleza para estabelecer um plano de ação em vigilância em saúde do trabalhador possível de se implantar em seu local de trabalho.

Tornou-se relevante: (i) pela real necessidade de cuidar da saúde dos trabalhadores da saúde da UAPS Irmã Hercília Lima de Aragão, inserindo-os como protagonistas na elaboração e execução das ações interventivas, com vistas à melhoria de suas condições de saúde e de trabalho; (ii) por dar visibilidade ao CEREST em seu papel de coordenador de projetos de promoção, vigilância e assistência à saúde dos trabalhadores, bem como matriciador (aqui oferecendo suporte técnico-pedagógico, para a implantação do produto gerado); (iii) por incitar o debate sobre as condições de saúde dos trabalhadores da saúde no Município de Fortaleza, mediante o imperativo da criação e institucionalização de estratégias de atenção à saúde do trabalhador da saúde em seus locais de trabalho, visto que não há um serviço municipal que responda por essa demanda; e (iv) por possibilitar a ampliação da óptica dos trabalhadores da saúde sobre os usuários, vendo-os como trabalhadores e o trabalho como um fator determinante e condicionante no adoecimento e, assim, fortalecer a implementação das ações da Política Nacional de Saúde do Trabalhador no território.

A pesquisa foi estabelecida com foco na seguinte indagação: escutar, refletir e discutir sobre os sabores e dissabores presentes na produção do cuidado seria suficiente para a mobilizar e agregar trabalhadores de uma UAPS num movimento coletivo e multiprofissional para a preparação de um produto de caráter interventivo, com vistas à melhoria das condições de saúde e trabalho?

2 MARCO TEÓRICO-CONCEITUAL

2.1 As relações trabalho-saúde e o campo da saúde do trabalhador no Brasil

Esta seção procura estimular o leitor a refletir sobre os porquês de, até os dias de hoje, o trabalho não ter sido de fato incorporado nas anamneses, avaliações e procedimentos realizados no SUS, como fator determinante e condicionante de doenças e agravos. Para tanto, exprime alguns registros históricos sobre o reconhecimento da relação trabalho-saúde, chegando na formação do campo da saúde do trabalhador no Brasil.

Há evidências do reconhecimento da relação saúde-trabalho no mundo greco-romano e da preocupação do trabalhador em se manter hígido para o seu ofício “Há, por exemplo, imagens de tocadores de flauta usando uma bandagem de couro em volta das bochechas e dos lábios, no intuito, aparentemente, de prevenir a dilatação excessiva das bochechas e evitar uma eventual relaxação dos músculos.” (ROSEN; MOREIRA; BONFIM, 2006, p. 40).

Relatos dessa relação tornaram-se mais comuns na Civilização Romana, principalmente relacionados aos trabalhadores das minas, que viviam num contexto de desproteção e abandono, lançados à própria sorte. Com vistas a se protegerem, eles também usavam de sua inventividade. “Nada se fazia para proteger esses trabalhadores; parece, no entanto que eles mesmos se ajudavam. Usavam-se respiradores primitivos para evitar a inalação de poeira. Plínio menciona o uso, por refinadores de múnio, de membranas de pele de bexiga, como máscaras.” (ROSEN; MOREIRA; BONFIM, 2006, p. 46).

Na trajetória da humanidade, o trabalho é um fator determinante e condicionante da relação saúde/doença, porém sem a devida visibilidade dessa relação, levando a sub-registros e a expressa negação desse nexos, deixando a causa invisível, sem, contudo, evitar os danos, muito menos, preveni-los. Um exemplo desta invisibilidade data do início das navegações da Europa Ocidental pelo Atlântico, quando o escorbuto se tornou um problema agudo e ocupacional, mas permaneceu negligenciado por mais de 200 anos, vindo a ficar em evidência, ante a necessidade econômica de ampliar as viagens marítimas para o extremo Oriente e o Novo Mundo, período em que surgiu a primeira obra inglesa relacionada à saúde dos marinheiros “O primeiro trabalho, em inglês, dedicado à Medicina Naval, se publicou em Londres, em 1598, sob o título *As Curas dos*

Doentes nos Empreendimentos da Nação Inglesa no Exterior.” (ROSEN; MOREIRA; BONFIM, 2006, p. 82)

Em 1700, Ramazzini publicou *De Morbis Arificum Diatriba (Discurso sobre as doenças dos artífices)*, obra de enorme relevância para a higiene ocupacional, pois trouxe ao conhecimento público a relação entre a modalidade de execução do trabalho e os adoecimentos sofridos pelos trabalhadores. O autor percebeu a relevância social da relação saúde trabalho, e, talvez, por isso, além de estudar as condições adoeedoras das diversas profissões, tenha se dedicado também a fomentar a aplicabilidade desses conhecimentos.

A obra de Ramazzini tem uma significação dual; é síntese de todo o conhecimento sobre a doença ocupacional, desde os primeiros tempos, e, também solo para novas investigações; é, assim, um olhar ao passado e uma intimação a um desenvolvimento futuro [...] perdurou como o texto fundamental desse ramo da Medicina Preventiva até o século XIX, quando a Revolução Industrial lançou ao cenário novos problemas. (ROSEN; MOREIRA; BONFIM, 2006, p. 85).

Na primeira publicação dessa obra, foram incluídas nas discussões duas profissões da área da saúde: parteiras e farmacêuticos.

Em 1830, na Inglaterra, o empresário do ramo têxtil Robert Dernham buscou junto a seu médico, Robert Baker, uma estratégia, para ofertar cuidados médicos aos seus operários, resultando no primeiro serviço de Medicina do Trabalho, que logo se expandiu para outros países. Em 1959, a Organização Internacional do Trabalho elaborou a recomendação nº 112, primeiro instrumento normativo em esfera internacional, aprovada na Conferência Internacional do Trabalho sobre Serviços de Medicina do Trabalho. Dentre as várias características desse serviço, vale ressaltar que os próprios locais de trabalho coincidem com o campo de prática, e a tarefa do médico consistia em “[...] contribuir ao estabelecimento e manutenção do nível mais elevado possível do bem-estar físico e mental dos trabalhadores.” (MENDES; DIAS, 1991, p. 342).

Com o avanço da tecnologia industrial, novos processos produtivos foram incorporados, utilizando outros equipamentos e sintetizando outras substâncias químicas, o que tornou a Medicina do Trabalho insuficiente para interferir nas matérias de saúde dos operários. Fez-se necessária a ampliação das ações com foco interventivo sobre o ambiente. Para tanto, foram requeridos outros conhecimentos técnicos; e assim surgiu a Saúde Ocupacional (MENDES; DIAS, 1991).

A Saúde Ocupacional ampliou o foco de análise das causas de acidente e doenças relacionadas ao trabalho. Passou a considerar um conjunto de fatores de risco

nos ambientes de trabalho, mas não avançou, pois se manteve com o mesmo enfoque reducionista da Medicina do Trabalho de compreender a relação saúde-trabalho numa certa linearidade de causa e efeito (risco/doença), deixando de avaliar outros fatores concomitantes, causadores ou produtores dos riscos. Além disso, desconsiderou a necessidade da participação do trabalhador nas discussões sobre a organização e gestão do próprio trabalho (DALDON; LANCMAN, 2013; MENDES; DIAS, 1991).

No Brasil, no contexto de empresas, a saúde ocupacional é desenvolvida por intermédio dos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT), que foram regulamentados pela Norma Regulamentadora nº 4, passando a ser obrigatórios nas empresas.

4.1. As empresas privadas e públicas, os órgãos públicos da administração direta e indireta e dos poderes Legislativo e Judiciário, que possuam empregados regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, manterão, obrigatoriamente, Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho, com a finalidade de promover a saúde e proteger a integridade do trabalhador no local de trabalho. (BRASIL, 1978).

Esses serviços parecem ter como foco seu objetivo original de manter hígdas as pessoas para a produção. Assim, é possível comparar o SESMT ao setor de manutenção das máquinas, pois parece que, como responsável pela saúde e segurança no trabalho, estes serviços visualizam as pessoas da mesma maneira que o setor de manutenção vê as máquinas: realiza a manutenção periódica e sistemática dos trabalhadores, visando a garantir maior tempo de utilização. Nesse jogo, homens e mulheres são vistos como prolongamentos do duro metal (do maquinário), na subserviência da produção do vil metal, para poucos.

Em virtude das transformações ocorridas no mundo do trabalho, tornou-se inquestionável a necessidade de entender o valor do trabalho na determinação de saúde-doença. Para esse fim, nem a Medicina do Trabalho tampouco a Saúde Ocupacional mostraram-se suficientes. Em síntese, nenhuma delas atendeu ao pleito por um trabalho digno e saudável, nem por uma atenção integral à saúde (DALDON; LANCMAN, 2013).

Nos anos de 1970 e 1980, quando se registraram intensos movimentos pela redemocratização do País, a área da Saúde do Trabalhador foi inserida no campo da Saúde Coletiva, objetivando desenvolver outra modalidade de ver a relação saúde-trabalho, sendo formada por “[...] um conjunto de conhecimentos e práticas interdisciplinares, multiprofissionais e interinstitucionais.” (RIBEIRO; LEÃO; COUTINHO, 2013, p. 40). Esse novo modelo trouxe como ponto basilar o entendimento de que o trabalhador não

deve ser dividido como um ser passivo, mais sim como um sujeito coletivo, protagonista naquilo que diz respeito à saúde do trabalhador (RIBEIRO; LEÃO; COUTINHO, 2013).

A promulgação da Carta Cidadã em 1988 trouxe a saúde como direito de todos e dever do Estado, beneficiando os brasileiros e fazendo justiça à classe trabalhadora, pois rompeu a segregação entre segurados da previdência, aqueles regidos pela CLT e os chamados indigentes, que estabeleciam as riquezas nacionais no regime de trabalho não formal, dando a estes o mesmo direito de acesso aos serviços de saúde pública e de qualidade. Desde então, se constituiu no Brasil um Sistema Único de Saúde (hoje denominado SUS), integrando as ações e serviços públicos de saúde em uma rede regionalizada e hierarquizada, garantindo a participação da comunidade, optando por atendimento integral priorizando as atividades preventivas, sem, contudo, causar prejuízo aos serviços assistenciais (BRASIL, 1988).

Além disso, legitimou a Saúde do Trabalhador que, mediante a Lei 8080/90, em seu artigo 6º, item I alínea 'c', passou a ser campo de atuação do SUS. Segundo Ribeiro; Leão; Coutinho (2013), essa legitimação foi um marco que ecoou como um tema de consenso, possibilitando e estimulando a agregação de vários agentes, tais como as centrais sindicais, mesmo de linhas ideológicas distintas, técnicos de vários serviços públicos, pesquisadores e universidades públicas e privadas.

A Lei 8080/90 define saúde do trabalhador em seu artigo sexto como:

[...] um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho. (BRASIL, 1990, p. 3).

Em 2002, o Ministério da Saúde criou a Rede Nacional de Atenção Integral da Saúde do Trabalhador (RENAST) por meio da Portaria nº 1679, com o reconhecimento dos profissionais e técnicos dos CRST (primeira sigla de Centro de Referência em Saúde do Trabalhador) e dos setores do movimento dos trabalhadores, como oportunidade de institucionalização e fortalecimento da saúde do trabalhador no SUS (DIAS; HOEFEL, 2005).

A Portaria nº 1679, de 2002, em seu artigo terceiro, expressa que, para a estruturação da RENAST, se fazem necessárias a organização e a implantação de ações de saúde do trabalhador na Atenção Básica, no Programa de Saúde da Família (PSF) e na rede assistencial de média e alta complexidade do SUS, bem como uma Rede de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (BRASIL, 2002). Para que haja a organização e

implementação dessas ações em toda a Rede SUS, outras necessidades se expressam, dentre as quais a inclusão da temática nos processos formativos e a elaboração de estratégias, para cuidar também da saúde do trabalhador da saúde.

Outro dispositivo legal que aponta para a formulação de uma política integral de saúde e segurança do trabalhador brasileiro, promulgado em 2011, foi o Decreto Presidencial nº 7.602, que versa sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho – PNSST, cuja responsabilidade de implementação e execução agrega os Ministérios do Trabalho e Emprego, da Saúde e da Previdência Social, podendo ainda contar com a participação de outros órgãos e instituições que atuem na área, e tem por objetivo a promoção da saúde, a melhoria da qualidade de vida do trabalhador e a prevenção de acidentes e danos à saúde advindos do trabalho ou relacionados a ele, ou, ainda, que ocorram no curso dele, mediante a eliminação ou redução dos riscos nos ambientes de trabalho. Esse decreto considera que, para o alcance do objetivo da PNSST, faz-se necessário que sua implementação seja feita com a articulação continuada das ações de governo no terreno das relações de trabalho, produção, consumo, ambiente e saúde, com a participação voluntária das organizações representativas de trabalhadores e empregadores (BRASIL, 2011a). Infelizmente, no cotidiano do trabalho, a PNSST não garantiu a efetiva articulação das ações governamentais no campo das relações de trabalho, produção, consumo, ambiente e saúde, permanecendo o desafio de avaliar ao trabalhador brasileiro o direito de uma atenção integral à saúde e segurança no trabalho, especialmente no contexto político e econômico atual.

Em 2012, foi Instituída a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, pela Portaria nº.1823, com ênfase na vigilância, visando à promoção e à proteção da saúde dos trabalhadores e à redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos (BRASIL, 2012a).

Na prática, entretanto, a Vigilância em Saúde do Trabalhador ainda não está efetivada, pois há desarmonia das ações institucionais, bem como uma seara de conflitos e disputas corporativas (MACHADO, 2005; VASCONCELLOS; ALMEIDA; GUEDES, 2009), ao que se acresce de uma frágil formação nesta área, para os profissionais do SUS.

Assim, corroborando Ribeiro; Leão; Coutinho (2013), é possível acentuar que,

Apesar de todo patrimônio conquistado nos campos acadêmicos, no movimento social e nas esferas executivas do Estado, principalmente

no setor Saúde, permanecem incompreensões entre os diversos atores sociais e instituições, com sobreposição de ideias e de práticas com a Medicina do Trabalho e a Engenharia de Segurança, o que indica a falta de clareza sobre a especificidade do campo coloca em questão o avanço histórico na institucionalização desse conjunto de conhecimentos e atuações em saúde. (RIBEIRO; LEÃO; COUTINHO, 2013, p. 41).

Cabe agora ao leitor, à leitura dos fatos reportados, entender os porquês da pouca incorporação nas anamneses, avaliações e procedimentos realizados no SUS, do trabalho como fator determinante e condicionante de doenças e agravos. E, mais do que isso, buscar conhecimento e situar-se como incentivador da inclusão das ações de saúde do trabalhador na Rede SUS, entendendo o trabalho como um promotor de saúde e não de doença.

No item que se segue, são abordadas brevemente os principais aspectos da Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS.

2.2 A Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS: conceitos e dificuldades em sua prática

A Portaria nº 3120, de 01 de junho de 1998, no parágrafo primeiro, aprova a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS (VISAT). Torna-se, pois, instrumento relevante no contexto da institucionalização e no estímulo ao desenvolvimento de suas ações pelo conjunto de informações técnicas, conceituais e metodológicas (BRASIL, 1998), porém, não explicita um caminho pedagógico para sua aplicabilidade prática (VASCONCELLOS; ALMEIDA; GUEDES, 2009). Mesmo sem trilha educacional para sua aplicabilidade, a VISAT mostra-se diferente das outras práticas de vigilância e/ou fiscalização, desde o próprio conceito. Em geral a ação de vigilância e ou fiscalização configuram-se contingenciais, exigem ações interventivas com amparo nos conhecimentos técnicos e numa base legal, retornam para verificar o cumprimento das exigências, e não a potencial influência destas na transformação e melhoria do ambiente. Essa prática também configura como um entrave, nas inspeções conjuntas. Conceitualmente, VISAT é

[...] uma atuação contínua e sistemática, ao longo do tempo, no sentido de detectar, conhecer, pesquisar e analisar os fatores determinantes e condicionantes dos agravos à saúde relacionados aos processos e ambientes de trabalho, em seus aspectos tecnológico, social, organizacional e epidemiológico, com a finalidade de planejar, executar e avaliar intervenções sobre esses aspectos, de forma a eliminá-los ou controlá-los. (BRASIL, 1998, p. 3).

O documento também ressalta a necessidade de manter linhas mestras que compatibilizem instrumentos, bancos de informações e intercâmbio de experiências, bem como o desenvolvimento de mecanismos de análise e intervenção sobre os processos produtivos e ambientes de trabalho, respeitando as especificidades regionais (BRASIL, 1998; DALDON; LANCMAN, 2013,).

De fato, a Portaria nº 3120/1998 instala-se como a primeira normativa de aproximação dos Programas de Saúde do Trabalhador instalados no país, com as estruturas de atenção à saúde, principalmente das áreas de Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária e Fiscalização Sanitária, tanto das secretarias estaduais, quanto das municipais. Visa a instrumentalizar, mesmo que basicamente, a incorporação de mecanismos de análise e intervenção sobre os processos e os ambientes de trabalho, nas práticas dos setores atuantes na vigilância e na defesa da saúde (BRASIL, 1998).

O diferencial, que caracteriza a VISAT desenvolvida pelo SUS desde o princípio, é a busca, em sua prática, pela superação da abordagem simplista de causa-efeito. Para tanto, incorpora em seu processo de vigilância, além do problema dos riscos, agravos e efeitos, as relações constantes nos processos e ambientes de trabalho, numa abordagem de articulação intersetorial em que o trabalhador se torna protagonista da ação (BRASIL, 1998). Com efeito, transcende o papel de fiscalizador, buscando ser um instrumento de transformação social, educando, sensibilizando e mobilizando trabalhadores e gestores para a prática das mudanças necessárias, com vistas à promoção da saúde (DALDON; LANCMAN, 2013; OLIVEIRA et al., 2012).

A Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador foi implantada de modo não homogêneo nos estados e municípios brasileiros. Assim, é mais concentrada em São Paulo, berço do movimento sindical, está em algumas regiões do Sudeste e do Sul, e na região do Nordeste é efetivada apenas na Bahia, graças ao Centro Estadual de Saúde do Trabalhador (CESAT), que desenvolve um trabalho estruturante e reconhecido na área (MACHADO, 2005).

Desde a implantação da Rede Nacional de Saúde do Trabalhador (RENAST), houve uma tendência de expansão da VISAT, resultando em diversas e distintas experiências, refletindo potencialidades regionais na força da representatividade da organização dos trabalhadores, e aspectos institucionais em que diversos fatores se imbricam. Segundo Machado (2005) as ações de VISAT, “Em termos institucionais, dependem das políticas regionais e da estrutura organizacional, da capacidade instalada,

da qualidade dos profissionais envolvidos e de influências advindas das instituições acadêmicas.” (MACHADO, 2005, p. 988).

Tal situação confirma a visão de Vasconcellos, Almeida e Guedes (2009), que consideram a VISAT ainda não usual, e dependente de atitudes voluntárias de profissionais ligados ao serviço. Na mesma linha de análise, Lacaz; Machado e Porto, (2002) descrevem a VISAT como fugaz, pelo grau de instabilidade das experiências e pela pouca resistência ante as constantes mudanças na esfera municipal.

A relação interinstitucional e a transdisciplinaridade são características estruturantes da VISAT, porém, desenvolvê-las é um desafio. Boa parte das instituições acredita que a dificuldade dessa relação está nos profissionais, influenciados por “[...] uma lógica acadêmica compartimentar em faculdades e departamentos, que dificulta a integração entre as disciplinas.” (MACHADO, 2005, p. 988). Essa lógica faz com que os alunos dificilmente tenham a oportunidade de atuar conjuntamente sobre o mesmo objeto, promovendo uma discussão coletiva de vários saberes para chegar a um conhecimento integrado com a articulação entre as disciplinas científicas. Essa deficiência reflete-se na vida laboral, porém a ausência de um planejamento integrado no plano institucional representa outro entrave (MACHADO, 2005).

A VISAT, em seu papel de promotora da saúde numa realidade de múltiplas facetas, requer uma interação harmônica. Assim, faz-se necessário que os profissionais se desloquem, transpondo a interdisciplinaridade, e, segundo Machado (2005), impõe-se que desenvolvam “[...] uma compreensão transdisciplinar em ação transversal, inter e intra-setorial [...] de forma a que não mais prevaleçam vieses tecnicistas, sociológicos ou sanitários, quantitativos ou qualitativos.” (MACHADO, 2005, p. 989). O mesmo autor ainda ressalta a necessidade de uma base conceitual, afirmando que “A falta de uma base conceitual capaz de ajustar as ações transversais, aliada a hierarquizações que não correspondem aos papéis possíveis de serem desempenhados por uma ou outra instituição isoladamente, constitui um dos empecilhos fundamentais para a objetivação das ações de VST.” (MACHADO, 2005, p. 989).

Outro empecilho que merece ser ressaltado é a falta de capacitação técnica de agentes públicos para efetuar a VISAT. A Portaria nº 3120/1998, como citado anteriormente, não explicita um caminho pedagógico para responder por essa demanda. Objetivando suprir essa lacuna, Vasconcellos, Almeida e Guedes (2009) oferecem uma proposta metodológica, fundamentada em experiências no campo de ensino em serviço, visando a capacitar conjuntamente os agentes públicos e os trabalhadores, fazendo uso da

pedagogia problematizadora (OLIVEIRA et al., 2012; VASCONCELLOS; ALMEIDA; GUEDES, 2009).

Para que haja maior contingente de agentes públicos e trabalhadores capacitados, considerando a dimensão territorial do Brasil, é essencial que essa proposta metodológica seja institucionalizada pela Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), e ofertada, pelo menos, para os municípios-sede de Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST). É o caso de seguir o padrão do Ministério do Trabalho e Emprego em relação aos agentes públicos de seu quadro. Esses, após aprovação em concurso público, passam por treinamento teórico, técnico e prático, enquanto os agentes públicos da VISAT aprendem na prática do serviço, mediada pelo compromisso e voluntarismo de cada um, além da sua frequente rotatividade, pois muitos não são concursados.

Mesmo com os desafios e percalços mencionados, a VISAT avança, tendo na composição de sua equipe profissional uma diversidade de áreas do conhecimento, o que propicia maior e melhor atuação ante o complexo mundo do trabalho. Em sua doutrina, valoriza a subjetividade dos trabalhadores, combina o saber operário com o saber técnico e busca ser um instrumento de transformação social, vivenciando as influências socioeconômicas e políticas, dentre as quais, aquelas relativas às políticas de saúde (DALDON; LANCMAN, 2013; VASCONCELLOS; ALMEIDA; GUEDES, 2009).

2.3 A saúde do trabalhador da saúde, com destaque para o da Atenção Básica

O SUS é uma conquista popular, em constante aperfeiçoamento. No curso de sua história, várias estratégias são usadas na busca de ofertar aos cidadãos brasileiros uma atenção à saúde integral e de qualidade, inclusive na seara da saúde do trabalhador. Essas estratégias estão sempre fundamentadas em metas, produção e indicadores de avaliação, no entanto, sem uma visão mais específica, para quem executa essas metas, ou seja, sem atentar de fato, para a saúde das pessoas que são trabalhadoras desse sistema e também usuários dele (BRASIL, 2000).

A Política Nacional de Humanização (PNH) traz como uma de suas diretrizes a valorização do trabalhador da saúde, porém, na prática parece que a preocupação se restringe ao usuário. De modo semelhante, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) adota o conceito de cultura de segurança do paciente, da OMS, “[...] Cultura na qual todos os trabalhadores, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e

gestores, assumem responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares.”(BRASIL, 2014b, p. 15). Assim, parece que, tanto para a PNH quanto para o PNSP os pontos específicos de saúde e segurança dos trabalhadores da saúde estão invisibilizados, sendo atribuída aos próprios trabalhadores esta responsabilidade.

Neste ponto, é oportuno indagar: como cuidar da própria segurança vivenciando a precarização nos ambientes de trabalho e nas relações de emprego? Como atuar nesse modelo de assistência que prioriza o aspecto relacional, exigindo que o trabalhador atenda cordialmente, com bom humor, sorriso e simpatia a toda prova sem, contudo, ofertar as condições necessárias para a atividade?

Impõe-se lembrar que as relações trabalho-ambiente-saúde são conhecidas desde a Antiguidade, e que, na obra de Bernardino Ramazzini - *'De Morbis Artificum Diatriba'* (*Discurso sobre as doenças dos artífices*), datada de 1700, as atividades dos farmacêuticos e das parteiras foram evidenciadas (ROSEN; MOREIRA; BONFIM, 2006). Isto leva a crer que, desde aquela época, os riscos laborais e os danos que provocavam sobre a saúde destes trabalhadores já eram conhecidos, mas, hoje, parece que os riscos e adoecimentos dos trabalhadores da saúde no exercício de suas atividades tornaram-se insensíveis.

Passados 319 anos dessa constatação histórica, a avaliação da saúde do trabalhador da saúde parece ainda não ser relevante para as políticas de recursos humanos e gestão do trabalho. As informações sobre os adoecimentos desses trabalhadores são escassas e a sua relação com o trabalho quase nunca é feita. No setor público, a coleta de dados sobre essa realidade é mais rara do que no setor privado. Poucos setores desenvolvem alguma ação local, visando à saúde e à segurança de seus trabalhadores no ambiente de trabalho, negligenciam a utilização de barreiras protetivas e de equipamentos de segurança. Muitas vezes, não são procedidos ao controle e ao registro da situação vacinal, o que corrobora o pensamento de Assunção (2014): “Sobre a atividade de trabalho em si, parece não haver nenhuma iniciativa institucional que procure conhecer o panorama constituído pelos fatores técnico-organizacionais, pelo ambiente e pela segurança no trabalho nos estabelecimentos de saúde.” (ASSUNÇÃO, 2014, p. 29).

Comparamos o ato de trabalhar no setor saúde a um profundo mergulho em um mar de contradições. Nas campanhas eleitorais, o setor saúde é prioritário. Para a sociedade, por sua vez, representa um *status* de grande importância pela produção do cuidado. Já na economia configura um setor de alta empregabilidade, especialmente nas

Américas. Por outro lado, o Governo reduz o orçamento e o financiamento, e, quando executa reformas no setor, não prioriza as condições de trabalho; e a sociedade exige do profissional o atendimento as suas demandas, sem empatia em relação às suas condições de trabalho. A cada dia, os trabalhadores da saúde são expostos a maior precarização no trabalho e no emprego (TENNASSEE; PADILLA, 2005; ASSUNÇÃO, 2014).

En la última década... una serie de reformas en el sector de la salud en las que las condiciones de trabajo no fueron incorporadas como una prioridad. En el sector de la salud el mercado laboral se ha desarrollado hacia patrones más flexibles, con la redefinición de procesos de trabajo, una creciente inestabilidad laboral, y en la mayoría de los casos, disminución en las compensaciones financieras. (TENNASSEE; PADILLA, 2005, p. 1).

Consoante entende Assunção (2014), à medida que os trabalhadores se submetem à flexibilidade das mudanças dos processos produtivos como meio de garantir o emprego, é ensejado um estado de precariedade transversal ao trabalho e ao emprego. Tal situação se revela como um movimento constante, no qual os trabalhadores vivenciam a precariedade do trabalho, independentemente do vínculo empregatício. Vivenciam, ainda, a precariedade do emprego, que adota modos contratuais diversos, havendo, ainda, a ausência do emprego. Esta não deve ser entendida apenas na óptica do desemprego, mas sim como a ausência de um emprego verdadeiro, no qual o trabalhador e o trabalho se integram; e se entregam. Essa relação fica evidente na música ‘Um homem também chora’, quando diz “Um homem se humilha/ Se castram seu sonho/Seu sonho é sua vida/E a vida é trabalho/E sem o seu trabalho/Um homem não tem honra/E sem a sua honra/Se morre, se mata/Não dá pra ser feliz/ Não dá pra ser feliz” (GONZAGUINHA, 1983).

Nesse movimento de precarização, o trabalhador da saúde vai deixando de ser visto em sua condição humana, ao mesmo tempo em que lhe é exigida humanização no atendimento. Esse paradoxo pode vir a afetar sua saúde. Dada a ausência de um sistema de controle e de informação sobre a saúde dos trabalhadores da saúde, o adoecimento permanece insensível até mesmo para as políticas de recursos humanos (ASSUNÇÃO, 2014).

Por vezes, em rodas de conversa dentro e fora do ambiente de trabalho, é comum ouvir que os trabalhadores da AB reclamam sem razão, pois o salário é bom, o trabalho é ‘leve’, pois não trabalham à noite, estão livres nos finais de semana e feriados, não trabalham com a urgência de salvar a vida, conhecem seus usuários, pois esses

residem no território pelo qual têm responsabilidade sanitária e com estes criam vínculos profissionais e de afetuosidade.

De fato, os trabalhadores da AB estão inseridos em uma proposta de atenção que permite a humanização no contato com as famílias. Conforme Assunção (2014), porém, com a escassez dos dispositivos da gestão do trabalho, não há suporte necessário para o desenvolvimento das tarefas nos domicílios dos usuários. A essa percepção da autora podemos acrescentar, ainda, que, no contexto atual de violência urbana, as visitas em domicílio estão ficando cada vez mais penosas para os trabalhadores da AB. Portanto, essa óptica simplista e até romântica do trabalho na AB não corresponde à realidade.

A Portaria nº 2.436, de 21/09/2017, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, em seu anexo da operacionalização a situa como o primeiro ponto de atenção. Assim, a AB é considerada a porta de entrada preferencial do SUS, responsável pela ordenação dos fluxos e contrafluxos nos diversos pontos da rede de atenção, tanto das pessoas, quanto dos produtos e informações (BRASIL, 2017).

O trabalhador da AB é posto com certa frequência em situação de desgaste na relação com os usuários ante a responsabilidade de atender as demandas crescentes sob condições de trabalho que se deterioram. Com relação aos agentes comunitários de saúde, por exemplo, Martines e Chaves (2007) observam o quanto esses trabalhadores, por vezes, expressam seu sofrimento ante a impossibilidade de realizar um conjunto de ações que, a rigor, não são de sua responsabilidade exclusiva:

A realidade de intervenção não é simples: há de se destacar as demandas de saúde mental, de atendimento odontológico, de fisioterapia e reabilitação, de pacientes acamados e seus cuidadores, aquelas conseqüentes da violência urbana e familiar, as ambientais: lixo, ratos, enchentes, dengue... com as quais, sem exceção, o ACS tem de lidar. (MARTINES; CHAVES, 2007, p. 430).

Essa realidade condiz com o observado por Fonseca e Sá (2015), quando relatam que as demandas por atendimento na saúde crescem exponencialmente, enquanto as condições de trabalho, bem como a força de trabalho, são insuficientes para atendê-las. Este desgaste também é referido por David et al (2009), que evidenciaram a porta de entrada da AB como um espaço de conflitos diários, inclusive com registro de situações de violência sofrida pelos profissionais.

Ser porta de entrada do sistema de saúde, também, deixa os trabalhadores expostos a possíveis riscos ocupacionais desconhecidos e não mensurados. Exemplo real da efetivação desse risco é a exposição dos trabalhadores a doenças infectocontagiosas e,

por vezes, não imunopreviníveis. Nesse sentido, Assunção (2014) destaca a vulnerabilidade do trabalhador e o despreparo do sistema para protegê-lo, pois [...] pandemias como SARS (e gripe aviária) colocam em evidência a vulnerabilidade e a falta de preparo do sistema para a proteção de seus trabalhadores.” (ASSUNÇÃO, 2014, p. 14).

A força de trabalho envolvida na AB no Brasil é formada por um grande contingente, porém Tambasco et al (2017) percebem que a discussão e a valorização das condições de trabalho ainda são insuficientes, apesar da comprovação em diversos estudos sobre as condições de trabalho na saúde que ensejam o adoecimento. Assunção (2014) faz referência a pesquisas sobre a percepção dos trabalhadores da AB em relação ao próprio trabalho, em que as enfermeiras do Programa de Saúde da Família (PSF) consideram complexa ou penosa a situação do território e a falta de condições de atender suas demandas, o que traz um sentimento de impotência. A autora também faz referência à inserção da lógica do setor produtivo no setor saúde, como um fator de desgaste dos TS do PSF: “[...] o desgaste extraído dos discursos dos TS que agem no PSF diz respeito também à dinâmica que incorporou no setor saúde a lógica geral do setor produtivo, exigindo a produtividade e a qualidade da assistência, sem a correspondente melhoria das condições de trabalho.” (ASSUNÇÃO, 2014, p. 84).

Em revisão de literatura sobre a síndrome de burnout em enfermeiras da Atenção Básica à Saúde (ABS), Mercês et al (2015) observaram percentuais de prevalência de 10% a 30% dos trabalhadores, considerando os que manifestam a síndrome e os que têm tendência a desenvolvê-la. Segundo os autores, embora os valores identificados na ABS sejam menores do que o observado no plano hospitalar (80%), ainda assim, os resultados indicam a necessidade de avaliar fatores do trabalho subjacentes à manifestação do *burnout*.

Os trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família estão inseridos em contextos estressantes, que podem contribuir para o desenvolvimento da síndrome de *burnout*. Segundo Trindade e Lautert (2010), a manifestação desta síndrome pode influenciar a qualidade do trabalho, daí a necessidade de identificar e intervir precocemente nos fatores laborais que possam contribuir para o desenvolvimento desse maléfico conjunto de sinais e sintomas.

Portanto é preciso investir tanto as estratégias organizacionais como os programas de promoção da saúde entre os trabalhadores da ESF, visando melhorias no ambiente de trabalho, na estrutura dos serviços públicos e adoção de medidas voltadas para o fortalecimento das

relações sociais de apoio à equipe. (TRINDADE; LAUTERT, 2010, p. 279).

Por meio de encontros semanais com agentes comunitários de saúde (ACS) em Santa Maria, RS, Trindade et al (2007) identificaram as cargas de trabalho às quais estes trabalhadores estão expostos, tendo promovido o reconhecimento, entre os pesquisados, dos riscos e agravos em suas atividades diárias e a percepção da importância de se proteger e cuidar.

A percepção de autocuidado é fundamental, no entanto, deve ser ampliada para o coletivo. A saúde do trabalhador não se alcança apenas com o 'auto', mas também com as relações interpessoais, de cooperação, empatia e com sentimento de luta coletiva, independentemente de classe ou vínculo empregatício. Pôr nas mãos do trabalhador a responsabilidade pela própria saúde é, no nosso entendimento, fortalecer a invisibilidade dos adoecimentos, por dois motivos: primeiro se a pessoa é responsável pelo próprio cuidado e adoece, tem de que reconhecer que falhou, segundo, corroborando Assunção e Jackson Filho (2015), no ato de cuidar do outro, o TS esquece de si mesmo, põe em risco sua segurança em favor do outro. Sendo assim, como fica a condição para cuidar de si?

É preciso, sem dúvida, fomentar o protagonismo dos trabalhadores em todos os locais de trabalho, especialmente em cada UAPS, para o estabelecimento de estratégias coletivas capazes de promover saúde, assistência e vigilância no ambiente de trabalho. Além disso, é fundamental que o trabalhador tenha espaço para discutir as metas e indicadores de avaliação do Ministério da Saúde mediante as condições e a organização dos processos de trabalho.

2.4 Prazer e sofrimento no trabalho – principais conceitos da psicodinâmica do trabalho

O trabalho exerce um papel de sobrada importância para o ser humano, pois com ele se ganha a vida, o sustento, se alcança *status* social, enfim, é objeto essencial para o equilíbrio e o desenvolvimento de todos. A concepção central trazida por Dejours et al (1993) a de que o trabalho nunca é neutro em relação à saúde, pois pode favorecer tanto a saúde como o adoecimento (DEJOURS et al., 1993).

De modo crescente, estudos desenvolvidos em França nos anos 1970, especialmente por Dejours, concluem que a organização do trabalho tem implicação direta sobre o funcionamento psíquico do trabalhador, podendo produzir efeitos desfavoráveis ou favoráveis. Assim, o trabalho possibilita à pessoa vivenciar experiências

de prazer ou sofrimento. Tais experiências se expressam mediante sintomas específicos relacionados ao contexto socioprofissional, sem excluir as reações inerentes à estrutura da personalidade de cada qual, que traz em si a história de vida pessoal, seus limites e potencialidades de convívio com relações conflituosas (MENDES, 1995, BUENO; MACÊDO, 2012).

Na origem desses estudos está a Psicopatologia do Trabalho, que estuda a ligação entre a organização do trabalho e o funcionamento psíquico do ser humano. Este, em sua essência, é dotado de liberdade criativa e de expressão das intensões mais íntimas e inconscientes. Assim, o alvo de análise da psicopatologia do trabalho é o efeito patológico de situações laborais com base em práticas do taylorismo e fordismo, que implicam a conduzir a produção sob muita rigidez, imposições e restrições técnicas (BUENO; MACÊDO, 2012; MENDES, 1995,).

Mediante esse novo conhecimento, o trabalhador revela-se, não como um ser passivo perante as agressões sofridas, mas sim dotado de um funcionamento psíquico capaz de responder subjetivamente, às injúrias. Portanto há, de se considerar sua possibilidade de transformar as situações de trabalho, visando a trazer benefícios para a saúde mental. De efeito, com base na ideia de que a relação homem-trabalho deve incluir a normalidade, e não só o patológico, a Psicopatologia dá lugar à Psicodinâmica do Trabalho (BUENO; MACÊDO, 2012; MENDES, 1995,).

No alcance de Mendes (1995), há uma dinâmica natural do ser humano, que caminha em duas direções. A primeira busca não sofrer, não ter desprazer, enquanto a segunda procura vivenciar experiências intensas de prazer. Em síntese, o prazer é a satisfação de necessidade própria do sujeito, enquanto o sofrimento é a não satisfação de necessidade inconsciente, que, por vezes, aflora ao consciente na modalidade de projeto ou expectativa de vida.

No mundo do trabalho, o prazer é entendido como resultante do desprendimento de energia psíquica que a tarefa libera. E o sofrimento, cuja origem não está na realidade externa, mas sim na relação da pessoa com ela, se caracteriza pela sensação de mal-estar decorrente de situações vivenciadas como desagradáveis. Assim, na relação do trabalhador com o seu trabalho, pode haver prazer e sofrimento. O resultado depende das condições externas de propiciar ou não o alcance dos intentos inconscientes do trabalhador (MENDES, 1995). Nessa gangorra de buscar o prazer e fugir do sofrimento, o trabalhador depara frequentemente situações contrárias a essa aspiração, o

que o faz perder de vista a dimensão do trabalho, como manancial de prazer, e passe a encará-lo como um fardo, porém, necessário à sobrevivência (MENDES, 1995).

A princípio, o sofrimento é invisível e não mensurável, porém pode se tornar concreto, quando o trabalhador tem espaço de fala e expõe o que sente. Esse sentimento difere de modo particular em cada sujeito (BUENO; MACÊDO, 2012; MENDES, 1995).

O mundo do trabalho é constituído por vários agentes, que se relacionam em diversas situações. A organização do trabalho resulta de movimentos intersubjetivos e sociais dos trabalhadores com as organizações. Numa dinâmica de formalização de compromissos com definição de regras e acordos entre níveis hierárquicos, esta movimentação pode evoluir ou não em favor do trabalhador e do coletivo. Com efeito, o trabalho pode ser lugar de prazer ou de sofrimento, a depender da dinâmica das relações subjetivas dos trabalhadores e da abertura da organização, para que esses movimentos ocorram (DEJOURS et al., 1993; DEJOURS, 2009; MENDES, 1995).

Independentemente de seu ofício, o trabalhador contribui com a organização do trabalho e espera que essa sua contribuição seja retribuída, não só na dimensão material, mas sim no reconhecimento da importância e da qualidade de seu trabalho. O reconhecimento do trabalho na dimensão simbólica, e não material, é que permite a transformação do sofrimento em prazer (DEJOURS, 2009).

Ser reconhecido, ou não, é um cuidado antigo da psique, ligada ao mote do relacionamento íntimo do sujeito consigo e com os outros. Quando a pessoa autorreconhece a importância e/ou a beleza do que faz, desenvolve segurança mesmo perante julgamentos negativos ou indiferentes de seus amigos ou de seus superiores hierárquicos (BENDASSOLLI, 2012).

Como observa Bendassolli (2012), na contemporaneidade, o reconhecimento é um tema que se faz importante para as Ciências Políticas. É uma palavra que faz parte do *métier* da área da gestão de pessoas, sendo divisado como elemento fundamental na relação do trabalhador com o trabalho e a organização, tendo implicações diretas nos processos motivacionais e nas percepções de justiça e de valorização do trabalhador (BENDASSOLLI, 2012).

A ausência do reconhecimento, de acordo com a Psicodinâmica do Trabalho, pode desencadear processos de adoecimento, sofrimento e despersonalização. Enquanto sua existência favorece ao trabalhador estabelecer significados, o impulsiona para as relações interpessoais no trabalho, o fazendo atuante no coletivo (BENDASSOLLI, 2012).

Christophe Dejours (2009) defende a tese da centralidade no trabalho, ramificada em quatro domínios: (i) o individual, em que o trabalho é central para a formação da identidade e da saúde mental; (ii) o das relações entre homens e mulheres, no qual o trabalho permite superar a desigualdade nos vínculos de gênero; (iii) o político, no qual ele assume papel central no que diz respeito à totalidade da evolução política de uma sociedade e, por fim; (iv) o da teoria do conhecimento, pois o trabalho possibilita a produção de conhecimentos.

O autor considera que as práticas atuais da organização do trabalho, dentre elas a avaliação individual do desempenho, fizeram aumentar a pressão produtiva com reflexo no aumento das patologias mentais. Acredita, no entanto, que o trabalho pode atuar como agente mobilizador de criatividade e de saúde mental: “Tudo depende da formação de uma vontade coletiva a fim de reencantar o trabalho.” (DEJOURS, 2009, p. 53).

Este estudo visou a formação de uma vontade coletiva para reencantar o trabalho, por meio da elaboração de propostas interventivas que viessem melhorar as condições de saúde e de trabalho, para tanto faz-se necessário trabalhar com um método de planejamento.

2.5 Planejamento Estratégico Situacional

Como leciona Paim (2006), o ato de decidir sobre os aspectos da vida pessoal pode ser decidido com base em crenças, sentimentos e valores pessoais. Para assuntos de caráter coletivo, social ou institucional, no entanto, o planejamento pode ser o melhor caminho, pois por seu intermédio, é possível apontar objetivos e partilhar compromissos vislumbrando o trabalho a ser realizado.

Caleman et al (2016) consideram ser admissível pensar que a ação de planejar é tão antiga quanto a humanidade e que faz parte de sua essência, pois, fundamentalmente, sua prática é pensar antes de agir.

O planejamento de caráter institucional, no entanto, com vistas à melhoria de um coletivo social, historicamente, está vinculado ao socialismo, quando, na busca por uma sociedade mais igualitária, faz experimentação de mecanismos, que visa a substituir a direção mercadológica pela condução do Estado, sendo o setor saúde um dos primeiros a experimentar o processo para a previsão de leitos hospitalares. Posteriormente em cada República Socialista, foi instituído um Ministério da Saúde que elabora e executa

planejamento em saúde, buscando adequar as condições locais ao plano geral nacional (PAIM, 2006).

A prática do planejamento, inicialmente, não chega aos países capitalistas como algo positivo. Pelo contrário, é divisado como instrumento maléfico, cerceador da liberdade, tendo referência direta ao regime comunista, portanto, inaceitável. Só com a crise do capital em 1929, começou a surgir um entendimento nesses países sobre o papel do Estado na economia e o benefício da utilização do planejamento (PAIM, 2006).

Assim, no patamar de governo nos países capitalistas, o planejamento foi legitimado com base a instalação da Organização das Nações Unidas (ONU) e de seus prolongamentos na saúde, Organização Mundial de Saúde (OMS); no trabalho, Organização Internacional do Trabalho (OIT); e na educação e cultura, Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura (UNESCO), dentre outros (PAIM, 2006).

No Brasil, o presidente Eurico Gaspar Dutra elaborou o primeiro plano de governo, cobrindo as áreas da Saúde, Alimentação, Transporte e Energia, conhecido como Plano Salte, e hoje o planejamento faz parte do cotidiano de todos os setores públicos e privados.

Mesmo assim, no cotidiano do trabalho em saúde, muitos profissionais não são adeptos à participação nos planejamentos, fortalecendo a análise de Paim (2006), de que os planejamentos de saúde são elaborados verticalmente, em que não há compromisso emancipatório dos sujeitos. O autor ainda ressalta, que, pela própria especificidade do setor saúde, em que o imprevisto pode ensejar danos graves, o planejamento é indispensável, e a socialização de sua prática possibilita o alcance cada vez maior de trabalhadores da saúde, tornando-os conscientes do significado do seu trabalho (PAIM, 2006).

Na América Latina, o planejamento em saúde se origina com o ponto de vista econômico, mediante o crescimento inverso entre as demandas do serviço e os recursos, havendo, assim, a necessidade de uma organização mais racional (PAIM, 2006). Essa desproporcionalidade pode ser divisada, também, nos dias atuais, quando o setor saúde passa por uma série de reformas sem, contudo, priorizar as condições de trabalho, ensejando maior risco de adoecimento nos trabalhadores da saúde e para a segurança dos pacientes (TENNASSEE; PADILLA, 2005).

De acordo com o Centro Panamericano de Planificación de la Salud/Organización Pan-Americana de Saúde (1975, *apud* PAIM, 2006), o planejamento

dirigido ao setor saúde visualiza dois tipos de problemas a serem enfrentados: os terminais que dizem respeito ao estado de saúde (acidentes, doenças, riscos, vulnerabilidades, dentre outros) e agravos; e os intermediários, referentes aos problemas dos serviços de saúde (infraestrutura, organização, gestão, financiamento, dentre outros). Quando, porém, o planejamento visa a acolher as necessidades humanas, pode ter dois focos: imagem-objetivo e situação-objetivo. A imagem-objetivo é definida com suporte em valores, ideologias, utopias e vontades (CPPS/OPS,1975 *apud* PAIM, 2006), sem reduzir as necessidades a problemas, mas sim expressando projetos, ideais de saúde e novos modos de vida, com propostas direcionadas à imagem-objetivo. E a *situação-objetivo, projetada com mais precisão* segundo Matus (1996b *apud* PAIM, 2006), deve identificar e explicar os problemas da situação inicial.

Segundo Matus (1996b *apud* PAIM, 2016), ao aceitar o planejamento como um processo, quatro momentos se destacam como basilares: explicativo, normativo, estratégico e tático-operacional. Não se deve, no entanto, ter a ideia de que só devem ocorrer em etapas estaques ou sequenciais. A depender da situação e pela própria dinâmica do setor saúde, é possível começar por qualquer um desses momentos.

De maneira resumida, no planejamento como um processo, há em seu **momento explicativo** a identificação e a explicação dos problemas em uma determinada situação e com a observação de oportunidades para a ação, ou seja, é preciso responder quais são os problemas e por que que eles existem. O **momento normativo** corresponde ao que deve ser feito, por via dos objetivos, metas, ações e recursos necessários. No **momento estratégico**, é feito o desenho das ações para intervir nos problemas, mensurando o que deve e o que pode ser feito. O fazer corresponde ao **momento tático operacional**, no qual são realizados os ajustes necessários, o acompanhamento e a avaliação.

De acordo com Matus (1996b *apud* PAIM, 2006), esse formato sistematizado de planejar é reconhecido como enfoque estratégico-situacional. Articula-se com distintas contribuições metodológicas que formam a chamada ‘trilogia matusiana’: o Planejamento Estratégico Situacional (PES), o Método Altadir de Planificação Popular (MAPP) e a Planificação de Projetos Orientados por Objetivos (ZOPP) (PAIM, 2006).

Do planejamento decorrem vários produtos, dentre os quais está o plano, que diz respeito a fazer, reunindo objetivos e ações, expressando uma política, mesmo que não seja claramente mencionada (PAIM, 2006). Para Matus (1994a *apud* ROIC; RUIZ; CERÂNTOLA, 2013), é necessário que o agente, ao definir e declarar um problema,

esteja disposto e capacitado para enfrentá-lo, pois, do contrário, quando um problema não provoca o intento de transformação da realidade, mediante a elaboração e execução de uma ação interventiva, ele é apenas a declaração de desconforto.

No caso da experiência pedagógica objeto deste estudo, o plano foi produzido por um coletivo multiprofissional de uma UAPS que não é composto com gestores, nem planejadores, mas que, mediante a identificação, reflexão e discussão dos problemas que afligem sua saúde de maneira individual e coletiva, buscaram expressar e assumir uma política local de saúde do trabalhador da saúde. Neste caso, no entanto, para que haja legitimação da política de saúde do trabalhador da saúde na contextura municipal, são necessárias a inclusão e a priorização dessa situação-objetiva no planejamento da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza – CE.

3 JUSTIFICATIVA

A justificativa para o desenvolvimento desta experiência pedagógica fundamentou-se em contextos globais, nacional, estadual, municipal e local, que afetavam e afetam a saúde dos trabalhadores da saúde.

Dentre os diversos pontos necessários para qualificar a atenção à saúde, na contextura global, o pouco ou a falta de investimento na saúde e segurança de seus trabalhadores merece posição de destaque. Conhecedores dessa relação e da carência, a Organização Panamericana de Saúde, o Ministério da Saúde do Canadá e o Ministério da Saúde e Cuidados Prolongados da Província de Ontário reuniram os observatórios de Recursos Humanos em Toronto, no Canadá, em outubro de 2005, com o propósito de fazer com que os países das Américas se comprometessem na promoção dos recursos humanos em saúde. O documento elaborado, a *Ação de Toronto para a Uma Década de Recursos Humanos em Saúde 2006 -2015*, é assentado na necessidade de investimento para enfrentar os desafios da área e busca produzir efeitos a médio e longo prazos (ASSUNÇÃO, 2014, MENDES; MARZIALE, 2006). A década terminou e as lacunas continuaram.

Assunção (2014) ressalta que as políticas de recursos humanos nem sempre consideram quem milita na saúde como trabalhadores. Eles são vistos como meros instrumentos necessários para abastecer os serviços, esquecendo sua condição humana e o risco de terem a saúde e a vida afetadas pelas condições de trabalho. “Se o recurso é humano, é melhor pensar sobre as dimensões e exigências humanas implicadas, o que poderá favorecer abordagens menos superficiais dos problemas de qualidade na atenção à saúde das populações.” (ASSUNÇÃO, 2014, p. 18).

Tanto no setor privado, quanto no público, há carência de uma efetiva política de saúde do trabalhador da saúde na política da gestão do trabalho ou dando apoio a esta, a fim de promover ações de saúde direcionadas aos trabalhadores que produzem o cuidado da saúde do outro. David et al (2009) argumentam sobre esta necessidade, especialmente no plano de AB.

[...] nenhuma política de gestão do trabalho se desenvolverá de modo efetivo sem o apoio de uma política de saúde do trabalhador da saúde. Em especial no nível da AB, há que reconhecer a dívida sanitária com seus trabalhadores, já que as especificidades do trabalho neste nível são pouco contempladas do ponto de vista normativo e das ações de prevenção e controle. (DAVID et al., 2009, p. 213).

Para a implementação da Política de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), todos os serviços e todos os níveis de complexidade devem incluir o trabalho como um fator determinante e condicionante na relação saúde e adoecimento. Pela especificidade das atribuições da AB, no entanto - responsabilidade sanitária por uma população em um dado território, principal porta de entrada do sistema único de saúde, centro de comunicação da Rede de Atenção em Saúde e coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços na Rede (BRASIL, 2017), muitos estudiosos ressaltam esse nível de atenção como primordial para a implantação das ações de saúde do trabalhador e sedimentação da referida política.

Buscando qualificar o trabalho na AB em 2011, o Ministério da Saúde lançou o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), tendo como objetivo incentivar gestores e trabalhadores a qualificar a atenção à saúde oferecida aos usuários do SUS no território. O Programa compõe-se de um conjunto de estratégias de qualificação, seguido de acompanhamento e avaliação do trabalho.

Nele existem estratégias que favorecem a inclusão de ações de saúde e segurança para os trabalhadores da AB, espaço propício para a articulação com o CEREST, visando ao estabelecimento de ações de saúde do trabalhador que venham influenciar nas condições de saúde e de trabalho na AB.

De efeito, o CEREST iniciou articulação com a Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, para o desenvolvimento de algumas propostas de trabalho e pesquisa junto a APS, visando tanto à implantação de ações relacionadas à saúde do trabalhador usuário quanto, e principalmente, às ações relacionadas à saúde do trabalhador da saúde.

Como já expresso, a procura por parte da gestão e de dois especialistas em saúde ocupacional de uma UAPS, buscando levar do CEREST alguma ação dirigida para a saúde dos seus trabalhadores, foi relevante na formulação da proposta, que resultou neste estudo.

O mote, realmente, condutor deste experimento, porém, foi nossa vivência profissional, iniciada como enfermeira da Atenção Básica, tendo permanecido ali por 13 anos. Desde lá, começamos a aprender, a duras penas, que, em espaços individuais o saber, os atos de conhecer e discordar de situações do cotidiano do trabalho nem sempre foram ou são elementos condutores para a melhoria das condições de saúde e trabalho. Firmada nesse tirocínio, direcionamos a pesquisa para que ultrapassasse a investigação da realidade dos trabalhadores da saúde em uma UAPS, no que concerne às questões de prazer e sofrimento geradas na produção do cuidado. Assim, buscamos convocar, num só

lugar os saberes, experiências e sentimentos desses trabalhadores, intencionando mobilizá-los para pensar coletivamente estratégias viáveis de transformação dessa realidade.

Essa experiência pedagógica foi desenvolvida de maneira simples, participativa e, talvez por isso, relevante para a constituição da autonomia dos sujeitos participantes na elaboração e implantação de um plano de ação em vigilância em saúde do trabalhador possível de implantação em seu local de trabalho.

A pesquisa teve como indagação norteadora: Escutar, refletir e discutir sobre os saberes e dissabores da APS é suficiente, para a mobilizar e agregar trabalhadores da saúde, a fim de estabelecer estratégias de intervenção, com vistas à melhoria das condições de saúde e trabalho na UAPS?

Foi acreditando numa resposta positiva para esta perquisição, que o estudo ora relatado se desenvolveu.

4.OBJETIVOS

4.1 Objetivo geral

Instrumentalizar trabalhadores e trabalhadoras de uma Unidade de Atenção Primária à Saúde de Fortaleza para a construção de um plano de ação em vigilância em saúde do trabalhador plausível de implantação em seu local de trabalho.

4.2 Objetivos específicos

1 Intermediar contatos entre o CEREST Regional Fortaleza e uma UAPS, visando à realização de uma experiência pedagógica de Vigilância em Saúde do Trabalhador da Saúde como parte das atividades de Educação Permanente.

2 Pactuar com a coordenação da UAPS, um cronograma de trabalho que assegure a participação dos trabalhadores na experiência pedagógica.

3 Planejar, coordenar e realizar a experiência pedagógica com foco na identificação das fontes de prazer e sofrimento no trabalho na APS e na elaboração do passo a passo de um plano de ação em vigilância em saúde do trabalhador cuja implantação na UAPS, seja possível.

5 METODOLOGIA

5.1 Tipo de estudo

A metodologia do estudo foi alinhada às premissas do terreno da saúde do trabalhador, que se tornou inovadora em relação a outras abordagens das relações trabalho-saúde quando: (i) desloca o foco de seus estudos do trabalhador para a análise da produção considerando o trabalho e as relações sociais; (ii) entende que, nesse processo, mesmo sem uma sequência linear, é possível analisar e intervir/interferir no trabalho; e (iii) inclui os saberes dos trabalhadores que, de simples objeto de análise, passam a atuar como protagonistas na identificação e busca de soluções para situações que causam acidentes e doenças relacionadas ao trabalho (RAMMINGER; ATHAYDE; BRITO, 2013).

O estudo adotou abordagem qualitativa, buscando aflorar a realidade da relação individual e coletiva dos trabalhadores com o trabalho na APS, exprimindo-se na caracterização das pesquisas de natureza qualitativa, observadas por Deslandes et al (2002).

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. (DESLANDES et al., 2002, p. 21 e 22).

A pesquisa teve como perspectiva analisar as relações sociais envolvidas no processo produtivo desenvolvido na Atenção Primária à Saúde, numa operação de coanálise com seus trabalhadores. Buscou a elaboração coletiva de um Plano de Ação em Vigilância em Saúde do Trabalhador da Saúde possível de implantação no serviço como fruto de uma pesquisa-intervenção na visão de Ramminger, Athayde e Brito (2013), aqui denominada *Experiência pedagógica de vigilância em saúde do trabalhador da saúde*. As pesquisas-intervenção são descritas como

[...] métodos que enfatizam formas coletivas e compartilhadas de análise das relações que se estabelecem no e com o trabalho, em relação sinérgica com a experiência dos protagonistas do trabalho. Pode-se caracterizá-los como métodos de pesquisa-intervenção que apresentam contribuições importantes para o campo da Saúde do Trabalhador. (RAMMINGER; ATHAYDE; BRITO, 2013, p. 3191).

Também esta demanda está em consonância com o princípio da pesquisa-intervenção da vigilância em saúde do trabalhador (VISAT), descrita nos anexos da Portaria nº 3.120/98 “ 3.7. - Pesquisa-intervenção: o entendimento de que a intervenção, no âmbito da vigilância em saúde do trabalhador, é o deflagrador de um processo contínuo, ao longo do tempo, em que a pesquisa é sua parte indissolúvel, subsidiando e aprimorando a própria intervenção.” (BRASIL, 1998, p.4), quando considera que, ao instrumentalizar os trabalhadores da APS para a constituição do plano de ação em vigilância em saúde do trabalhador da saúde, busca desencadear a transformação nas condições de saúde e de trabalho na UAPS.

5.2 Local do estudo

O estudo ocorreu no Município de Fortaleza, capital do Ceará, quinta maior cidade do Brasil com população residente, estimativa para 2018, de 2.627.482 habitantes (“IBGE Cidades.”, 2018). Dividida administrativamente em seis coordenadorias regionais de saúde (CORES), concentra diversos serviços da rede SUS da gestão federal, estadual e municipal em seu território. Dentre os serviços gerenciados pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) ressalta-se a Atenção Primária à Saúde desenvolvida por via de 110 unidades de atenção primária em saúde (UAPS), a Atenção Secundária, com cinco unidades de pronto atendimento (UPA), 14 centros de atenção psicossocial (CAPS), quatro Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), uma policlínica e nove hospitais, dentre outros serviços. Há também, o Instituto Dr. José Frota, referência para o Norte e Nordeste, nos casos de maior complexidade, especialmente em traumas e intoxicações. Dispõe, ainda, de Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e da Coordenadoria de Vigilância em Saúde, na qual se inserem os serviços de Vigilância Sanitária, Vigilância em Saúde Ambiental e Riscos Biológicos, Vigilância Epidemiológica, a Célula dos Sistemas de Informações e Análise em Saúde (CEINFA) e a Célula de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), (PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA, 2016), ressaltando que a CEREST é de abrangência regional, atendendo Fortaleza e outros 33 municípios.

Conforma uma Experiência Pedagógica de Vigilância em Saúde do Trabalhador da Saúde, realizada em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde, do Município de Fortaleza, por meio do ‘Curso Introdutório de Vigilância em Saúde do

Trabalhador da Saúde: uma abordagem dialogada com trabalhadores da Atenção Primária’.

A escolha do campo foi determinada para atender a uma demanda do serviço (CEREST), expressa por uma gestora e duas trabalhadoras de uma UAPS, sendo uma médica com especialização em Medicina do Trabalho e uma enfermeira com especialização em Enfermagem do Trabalho. Elas estavam sensibilizadas pela ocorrência de adoecimentos, inclusive um óbito, nos trabalhadores da unidade. Em decorrência disso, buscaram apoio técnico na CEREST de Fortaleza, para a realizar alguma ação dirigida, à saúde do trabalhador da saúde, acreditando que havia uma atividade pronta para implantação imediata. Com suporte nesse diálogo, foi proposto a elaboração de um projeto para a formulação de melhores condições de saúde e trabalho, envolvendo os trabalhadores da UAPS, considerados por nós, técnicos do CEREST e pelas orientadoras deste estudo, atores fundamentais na transformação no local de trabalho.

A gestora fez breve histórico sobre a UAPS desde sua origem até os dias atuais. As atividades de atenção à saúde se iniciaram no Patronato São João do Tauape, pertencente à Associação São Vicente de Paulo, de Fortaleza, fundada em 29/3/1931. Posteriormente, foi conveniada com o Estado do Ceará e, com o processo de municipalização, a Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza celebrou convênio com o Patronato e assumiu a administração do então Posto de Saúde do São João do Tauape. Em 1999, passou por uma ampliação da estrutura física e teve o nome modificado para ‘Unidade de Saúde Irmã Hercília Lima de Aragão’, cobrindo uma área territorial composta por dois bairros - São João do Tauape e Joaquim Távora - e população de 39.853 habitantes.

Para atender esse contingente, faziam parte do quadro funcional da Unidade 101 trabalhadores e a Estratégia de Saúde da Família tinha oito equipes, sendo uma incompleta, pela falta do profissional médico. Considerando a população e a recomendação da Política Nacional de Atenção Básica, “i.- População adscrita por equipe de Atenção Básica (eAB) e de Saúde da Família (eSF) de 2.000 a 3.500 pessoas, localizada dentro do seu território, garantindo os princípios e diretrizes da Atenção Básica.” (BRASIL, 2017, p.12), foi possível inferir que a demanda dessa UAPS extrapolava o recomendado, e que o excesso de demanda poderia ser um dos fatores de adoecimento dos trabalhadores.

Para atender à população adscrita, seria necessário contar com outras 11 equipes.

5.3 Aspectos Legais e Éticos

Esta demanda acadêmica respeitou os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução CNS nº 466, de 12/12/2012, que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, de modo direto e indireto, assim como a Resolução CNS nº 510, de 07/04/2016, que trata sobre a ética na Pesquisa na área de Ciências Humanas e Sociais (BRASIL, 2012b; BRASIL, 2016).

Foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública, mediante o Parecer nº 2.732.929, em 24 de junho de 2018.

Todos os participantes acompanharam a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), tendo suas dúvidas respondidas de imediato por nós, na posição de pesquisadora. Em seguida, assinaram, juntamente conosco, o referido documento em duas vias, ficando uma com o participante e a outra sob a nossa guarda em local seguro, no qual deverá permanecer por no mínimo cinco anos.

5.4 Procedimentos para a realização da experiência pedagógica

A experiência pedagógica foi realizada por intermédio do Curso Introdutório de Vigilância em Saúde do Trabalhador da Saúde: uma abordagem dialogada com trabalhadores da Atenção Primária. Pensado e elaborado por nós, com base nos referenciais teóricos da saúde do trabalhador, na instrução normativa de vigilância em saúde do trabalhador, no planejamento em saúde, bem como na necessidade de atender à demanda do CEREST a fim de criar estratégias de saúde para o trabalhador da saúde, em especial, para a Atenção Primária à Saúde.

Adotou como objetivo geral instrumentalizar os trabalhadores, para a constituição de um plano de ação em vigilância em saúde do trabalhador da saúde, plausível de implantação em seu local de trabalho. Para tanto, buscou envolver os trabalhadores da UAPS em reflexão individual e coletiva sobre suas condições de trabalho por meio de oficinas, com dinâmicas de grupo e atividades do diálogo sobre: (i) as fontes de prazer e de sofrimento no trabalho na APS e (ii) o passo a passo da elaboração de um plano de ação em vigilância em saúde do trabalhador da saúde, levando em conta o material sobre as fontes de prazer (sabores) e sofrimento (dissabores), procurando ainda estimulá-los a assumir o protagonismo nas modificações identificadas como necessárias para a melhoria das condições de saúde e trabalho.

Para a elaboração do plano de ação em vigilância em saúde do trabalhador da saúde, foram propostos inicialmente três encontros, com base em experiências de oficinas de trabalho em saúde do trabalhador de Enfermagem (PESSANHA; OSORIO; ROTENBERG, 2012). Foi necessário ampliar, porém, para quatro encontros, quantidade máxima pactuada com a gerência da UAPS.

A ideia de utilizar uma atividade de planejamento que envolvesse os trabalhadores da UAPS na busca pela elaboração de ações interventivas sobre as condições de trabalho surgiu da própria prática adotada pelo SUS, quando, de maneira crescente, utiliza meios e tecnologias, que facilitem a identificação dos principais problemas de saúde das comunidades (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

No experimento ora relatado, a comunidade em foco foi a de trabalhadores da saúde de uma UAPS, e a ação de planejamento se deu de modo participativo, agregando vários saberes em busca de um objetivo comum. Corroborando Campos, Faria e Santos (2010) vemos que, “Quando planejamos alcançar objetivos complexos e queremos fazê-lo de forma participativa, compartilhando diferentes saberes (interdisciplinaridade) e diferentes ações (intersectorialidade), necessariamente precisamos trabalhar com um método de planejamento.” (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p. 16), foi adotado um método de planejamento, visando a ampliar as chances de alcançar o objetivo, e todo o processo foi feito de maneira cuidadosa e adequada para a realidade do trabalho na UAPS.

Como apoio didático principal para o planejamento, recorreremos ao livro *‘Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde,’* oriundo do Curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade a distância da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Nele os autores descrevem atividades que promovem um planejamento alicerçado no método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) desenvolvido pelo economista chileno professor Carlos Matus. Para este, planejar é preparar-se para agir, sendo então fundamental investir no aumento da capacidade de governar, propondo, para tanto, a formação de técnicopolíticos aptos a tornar exequível a prática cotidiana de governar. Significa assumir a ideia de que todas as forças sociais têm potencial papel de governo e precisam planejar de modo inteligente as intervenções necessárias, pensamento que se encaixa na proposta desta dissertação (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Os meios utilizados para a priorização dos problemas e a construção da árvore de problemas foram os mesmos utilizados na Proposta Metodológica para Planejamento no Sistema de Saúde, por Teixeira, Vilasbôas e Jesus (2010). Para o desenho do plano,

foram empregados dois instrumentos: (i) o padrão utilizado nos planejamentos da Secretaria de Saúde do Município de Fortaleza em 2018 e (ii) a planilha do método 5W3H, um dos veículos indicados por Caleman et.al (2016), considerado claro e prático, possibilitando a melhor comunicação quanto às ações programadas e seu acompanhamento. A nosso ver, a utilização dessa ferramenta potencializava a responsabilidade dos planejadores na execução do plano. Outro texto que subsidiou o entendimento sobre o planejamento, considerando que não somos especialista na área, foi o ‘Planejamento em Saúde para Não Especialistas’ (PAIM, 2006).

Com esse entendimento adaptamos o PES, para o campo da saúde do trabalhador da saúde, e para o tempo disponibilizado para execução da atividade. Em outras palavras, a elaboração do plano garantiu sequência lógica crescente, simples e objetiva para a sua formulação, considerando que “[...] um trabalho desse porte deve contemplar, em si mesmo, a simplicidade e a objetividade para facilitar a sua execução.” (ARAÚJO; ALMEIDA; SANTO, 2005, p. 20).

Antes da realização da experiência pedagógica propriamente dita, foram cumpridas algumas etapas necessárias à viabilização do Curso, como descrito a seguir.

5.4.1 Interlocução e pactuação com a gestão da UAPS

Para o desenvolvimento da experiência pedagógica, foram necessárias algumas atividades de interlocução e pactuação expressas, como os objetivos específicos 1 e 2.

23/5/2018 – Apresentação do esboço do projeto do curso à gerente da UAPS, para conhecimento de todo o processo e da necessidade de assumir o compromisso em liberar os trabalhadores nos momentos de encontro presencial

20/6/2018 – Reunião com as gerentes do CEREST e da UAPS, bem assim, uma técnica da Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (COGTES) da Secretaria de Municipal de Saúde de Fortaleza, na qual mostramos o projeto e o esboço do Manual do Participante. Como encaminhamento, ficou estabelecido que o curso deveria ser cadastrado na COGTES, para garantir a certificação dos discentes, e, por solicitação da gestora da UAPS, o grupo de 30 participantes foi dividido em dois, pela impossibilidade de saírem todos no mesmo momento da UAPS. Ficou acordada, ainda, a realização dos encontros presenciais às quintas-feiras à tarde com a turma 1 e às sextas-feiras pela manhã com a turma 2. Os quatro encontros ficaram pré-agendados para os dias

16 e 17; 23 e 24; 30 e 31 de agosto e 13 e 14 de setembro, com a confirmação condicionada à aprovação do estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP/Fiocruz. O esboço do Manual do Participante foi aprovado nessa reunião.

O horário agendado com a coordenadora, para a realização do curso, fez parte do cronograma de educação permanente dos trabalhadores da UAPS. Em Fortaleza, os profissionais da ESF trabalham em horário corrido de seis horas, ficando duas horas, para uso em atividades de educação permanente.

Foto 01 – Reunião com as gestoras da UAPS, do CEREST e técnica da COGTES



Fonte: Registro feito pelo grupo de facilitadores do Curso.

18/7/2018 Primeira reunião nossa com os convidados a serem facilitadores do curso, e que prontamente aceitaram. Foram três técnicos da CEREST e uma colega de outro serviço. De modo específico, atuaram como facilitadores: o psicólogo clínico especialista em Terapia Cognitivo-comportamental, a fonoaudióloga, o técnico de segurança do trabalho da CEREST e uma fisioterapeuta de outro serviço, todos especialistas em Vigilância em Saúde com vasta experiência na área de saúde do trabalhador, além de nós - pesquisadora, enfermeira especialista em Enfermagem do Trabalho e Vigilância em Saúde Ambiental.

Na primeira reunião discutimos com eles a estrutura do curso, o Manual do Participante que estávamos produzindo e explicamos o cunho acadêmico da atividade. O Manual do Participante incorporou sugestões recebidas; foram listados alguns materiais a serem providenciados, para uso nas oficinas e atividades da dispersão.

02/8/2018 Segunda reunião nossa com os facilitadores, para afinar as ações de cada um e proceder a revisão do Manual. Cada facilitador recebeu uma grade impressa com a descrição das atividades do curso, por módulo, incluindo as ações no momento presencial e da dispersão. Para cada atividade, foram referidos os objetivos de aprendizagem, as estratégias pedagógicas, a duração da atividade, as atribuições de cada facilitador e os materiais e insumos necessários. O Manual foi aprovado para impressão.

Na produção do Manual do Participante contamos com o apoio dos facilitadores e das orientadoras do estudo, para revisão e ajustes. O objetivo da sua elaboração foi oferecer aos participantes um material didático que possibilitasse: (i) conhecer um pouco sobre o CEREST e suas ações já desenvolvidas, com vistas à melhoria das condições de saúde e trabalho do trabalhador da saúde; (ii) conhecer os agentes envolvidos na elaboração e condução do curso, bem como a finalidade acadêmica do experiência; (iii) apresentar o curso, seu objetivo geral, a avaliação e a frequência mínima para a certificação; (iv) expressar, para cada módulo, o objetivo geral, os objetivos de aprendizagem, as competências pretendidas, as estratégias de ensino-aprendizagem, a estrutura dos módulos, os temas abordados, a avaliação, a descrição em formato de cronograma das atividades presenciais e, de modo descritivo, as atividades do momento da dispersão; (v) facilitar o acesso aos textos, base para discussão sobre os temas, anexados ao final na sequência de cada módulo; e (vi) garantir a posse do participante de sua via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que foi anexado no fim do Manual. Na prática, ocorreram algumas adaptações nas atividades propostas, que são mostradas no decorrer da descrição dos módulos.

8/8/18 Nova reunião entre nós e os facilitadores para organizar os últimos detalhes. Os manuais foram inseridos nas pastas dos participantes, e cada facilitador recebeu também uma pasta contendo esse volume, o instrumento com a descrição das atividades e atribuições, tarjetas coloridas separadas por quantitativo e cor, conforme as dinâmicas do dia, fita gomada, cola e estojo de canetas coloridas.

5.4.2 Planejamento, coordenação e realização da experiência pedagógica

O ‘Curso Introdutório de Vigilância em Saúde do Trabalhador da Saúde: uma abordagem dialogada com trabalhadores da Atenção Primária’ trilhou o caminho da inclusão, buscou expandir os vínculos de solidariedade e corresponsabilidade, reuniu categorias profissionais distintas e conduziu o grupo em discussão e descortinamento da

realidade vivenciada por eles no trabalho na APS. Buscou estimulá-los a se permitirem pensar na elaboração de um produto capaz de promover mudanças no trabalho, visando a sua saúde.

Aqui cabe lembrar que o princípio no qual se assentam as diretrizes da Política Nacional e Humanização (PNH), que é “[...] a formação inseparável dos processos de mudanças.” (BRASIL, 2010, p. 8), foi utilizado nessa experiência pedagógica, porém com foco central na saúde do trabalhador da saúde, visando a promover uma oportunidade para experimentarem mudanças da gestão e de cuidado.

As diretrizes dos processos de formação da PNH se assentam no princípio de que a formação é inseparável dos processos de mudanças, ou seja, que formar é, necessariamente, intervir, e intervir é experimentar em ato as mudanças nas práticas de gestão e de cuidado, na direção da afirmação do SUS como política inclusiva, equitativa, democrática, solidária e capaz de promover e qualificar a vida do povo brasileiro. (BRASIL, 2010, p. 8).

Poucos são os cursos ofertados pelo Ministério da Saúde e instituições educacionais com foco nas condições trabalho e de saúde dos trabalhadores da saúde. A invisibilidade dessa situação real e até mesmo da condição de ser humano desses trabalhadores, para as políticas de recursos humanos ou a gestão de pessoas, é denunciada por alguns autores, dentre eles Assunção (2014), quando assim se exprime:

Os trabalhadores da saúde nem sempre são encarados pelas políticas de recursos humanos como trabalhadores. Frequentemente, o trabalhador da saúde é encarado apenas como instrumento para prover os serviços, e não como um trabalhador ou uma trabalhadora que podem ter suas saúdes e suas vidas influenciadas por suas condições de trabalho. (ASSUNÇÃO, 2014, p. 14).

Em síntese, a experiência pedagógica, em seu aspecto de vigilância em saúde trabalhador, teve como objeto de estudo e aprendizagem das relações entre a saúde dos trabalhadores da UAPS, o ambiente e os processos de trabalho, numa participação coletiva de compartilhamento de saberes e formulação de estratégias interventivas.

A VISAT é estruturante e essencial ao modelo de Atenção Integral em Saúde do Trabalhador. Constitui-se de saberes e práticas sanitárias, articulados intra e inter setorialmente.

A especificidade de seu campo de ação é definida por ter como objeto a relação da saúde com o ambiente e os processos de trabalho, realizada com a participação e o saber dos trabalhadores em todas as suas etapas. (BRASIL, 2014a, p. 3).

A experiência pedagógica desenvolvida teve como fundamental a participação ativa do trabalhador da saúde na elaboração do conhecimento, a fim de

alcançar o objetivo central do estudo, qual seja, instrumentalizar trabalhadores de uma Unidade de Atenção Primária à Saúde de Fortaleza para estabelecer um Plano de Ação de Vigilância em Saúde do Trabalhador da Saúde de implantação possível em seu local de trabalho.

O curso, meio da experiência pedagógica, teve carga de 40 horas, sendo 16 presenciais e 24 de atividades de dispersão, realizadas com suporte em leituras de textos, enquetes com os outros trabalhadores da UAPS e observações nos ambientes de trabalho.

Foi desenvolvida por meio de oficinas, realizadas em quatro encontros, utilizando dinâmicas de grupo e diálogos com os trabalhadores, visando a: (i) discutir sobre as relações de saúde e de trabalho na APS, identificando as fontes de sabores (o que dava prazer) e dos dissabores (que geravam sofrimento) no processo de trabalho na APS, a percepção individual e coletiva do trabalho na APS e compreender as transformações do setor saúde no contexto do capitalismo neoliberal; (ii) desenvolver o passo a passo para formular um plano de ação em vigilância em saúde do trabalhador da saúde, a ser implantado na unidade, levando em conta o material sobre as fontes de prazer e sofrimento, bem como instrumentos legais, que versam sobre a saúde do trabalhador da saúde; e (iii) conhecer a opinião dos participantes em cada módulo, quanto às estratégias pedagógicas e à condução dos facilitadores, com vistas a fazer ajustes imediatos, e para posterior reprodução do Curso em outras UAPS.

Os encontros presenciais ocorreram no auditório da Coordenadoria de Vigilância em Saúde do Município de Fortaleza.

A seleção dos participantes do estudo atendeu, a princípio, quatro critérios: 1 estar lotado na UAPS escolhida para o estudo, independentemente do tipo de vínculo (servidor público, terceirizado, seleção pública e outros), categoria profissional (agente de saúde, médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, odontólogo, auxiliar de saúde bucal, técnico de saúde bucal entre outros), ou setor de trabalho (farmácia, serviço de limpeza e manutenção, núcleo de apoio ao cliente, administração ou assistência); 2 ter interesse em discutir sobre matérias de saúde do trabalhador da saúde; 3 querer participar da experiência pedagógica, e, para tanto assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); e 4 estar dentro do número de vagas estabelecido (30 vagas). O quarto critério foi desconsiderado, pois, por solicitação da gestora da UAPS, o número de vagas foi ampliado para 33.

Os participantes foram subdivididos em duas turmas, mediante a impossibilidade de deixarem o serviço ao mesmo tempo. A Turma 1 contou com a

participação de 17 trabalhadores, sendo dois médicos, três enfermeiros, dois odontólogos, oito agentes comunitários de saúde e dois auxiliares de saúde bucal. Os encontros presenciais ocorriam às quintas-feiras à tarde. A Turma 2 teve 16 participantes - dois médicos, três enfermeiros, três odontólogos, seis agentes comunitários de saúde, uma técnica de saúde bucal e uma técnica de enfermagem. Os encontros presenciais ocorriam às sextas-feiras, pela manhã.

Embora, por pretextos operacionais, os 33 trabalhadores tenham sido divididos, para os encontros presenciais, na análise, foram tratados como uma só turma, pois todos os passos adotados na metodologia foram iguais e o produto constituído ao final foi um só, o 'Plano de Ação de Vigilância em Saúde do Trabalhador da Saúde'. A unificação dos produtos foi descrita nas atividades do quarto módulo.

A experiência pedagógica foi organizada em quatro módulos sequenciais, como descrito no quadro 1, na página que se segue.

Objetivando, ainda, dar maior clareza ao leitor sobre toda a experiência pedagógica, as atividades de cada módulo com as respectivas observações e implicações foram descritas, de modo sequenciada, no item 5.5 Desenvolvimento dos módulos.

Quadro 1 - Síntese do Curso de Vigilância em Saúde do Trabalhador da Saúde: uma abordagem dialogada com trabalhadores da Atenção Primária. As estratégias de ensino-aprendizagem são descritas no item relativo aos respectivos módulos

<p style="text-align: center;">MÓDULO I O mundo do trabalho na APS</p>	<p style="text-align: center;">MÓDULO II Elaboração do Plano de Ação de Vigilância em Saúde do Trabalhador da Saúde - 1ª etapa.</p>
<p style="text-align: center;">Objetivo geral</p> <p>Discutir as relações de saúde e de trabalho na APS.</p> <p style="text-align: center;">Objetivos de aprendizagem</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificar de forma individual e coletiva as situações no processo de trabalho, que têm potencial de produzir sentimento de prazer e ou de dor nos trabalhadores da saúde e suas causas. - Identificar a percepção individual e coletiva sobre o mundo do trabalho na APS. - Compreender as transformações do setor saúde decorrentes da sua inserção no contexto do capitalismo neoliberal, para pensar estratégias de promoção da saúde para os trabalhadores da saúde. 	<p style="text-align: center;">Objetivo geral</p> <p>Desenvolver o passo a passo para a formulação de um Plano de Ação de Vigilância em Saúde do Trabalhador da Saúde, a ser implantado na unidade, levando em conta o material produzido sobre as fontes de prazer e sofrimento.</p> <p style="text-align: center;">Objetivos de aprendizagem</p> <ul style="list-style-type: none"> - Selecionar dentre os problemas, identificados no Módulo I, aqueles a serem enfrentados, incluindo os relatados na enquete. - Priorizar os problemas, utilizando a ferramenta da matriz de priorização de problemas do Sistema de Saúde – RUF-V e identificar suas causas. - Conhecer as diretrizes da VISAT na AB, da Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do SUS e o conteúdo sobre acidente de trabalho, segundo o Estatuto do Servidor Municipal. - Investigar as necessidades de atenção à saúde dos trabalhadores da UAPS.
<p style="text-align: center;">MÓDULO III Elaboração do Plano de Ação de Vigilância em Saúde do Trabalhador da Saúde - 2ª etapa.</p>	<p style="text-align: center;">MÓDULO IV Fim da elaboração do Plano de Ação de Vigilância em Saúde do Trabalhador da Saúde.</p>
<p style="text-align: center;">Objetivo geral</p> <p>Formular coletivamente o Plano de Ação em Vigilância em Saúde do Trabalhador da Saúde.</p> <p style="text-align: center;">Objetivos de aprendizagem</p> <ul style="list-style-type: none"> - Elaborar o Plano de Ação de Vigilância em Saúde do Trabalhador da Saúde, segundo o padrão da SMS-Fortaleza. - Identificar os atores sociais necessários ao desenvolvimento do plano. - Identificar os riscos nos setores/espacos da UAPS passíveis de causar acidentes e ou doenças nos trabalhadores da saúde. - Conhecer as diretrizes da Agenda Nacional para o Trabalho Decente para Trabalhadores e Trabalhadoras do SUS. - Conhecer a classificação dos riscos ocupacionais, com vistas a identificá-los na UAPS. 	<p style="text-align: center;">Objetivo geral</p> <p>Conhecer a opinião dos participantes, sobre a validade ou não dessa experiência pedagógica (o curso), para instrumentalizar trabalhadores e trabalhadoras da Atenção Primária à Saúde na construção de um plano de ação em vigilância em saúde do trabalhador plausível de implantação em seu local de trabalho, objetivo central do estudo.</p> <p style="text-align: center;">Objetivos de aprendizagem</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ajustar o produto constituído e validar, para iniciar o processo de implantação. - Entender o papel do trabalhador da saúde na saúde dos trabalhadores da saúde. - Registrar a opinião sobre o curso e acerca da auto-participação, respondendo a instrumento impresso.

Fonte: Quadro elaborado por nós, pesquisadora.

5.5 Desenvolvimento dos módulos

5.5.1 Módulo I – O mundo do trabalho na APS

SÍNTESE DO MÓDULO

Data: 16/8/2018 à tarde (turma 1) e 17/8/2018 de manhã (turma 2).

Objetivo geral: discutir as condições de saúde e de trabalho na APS.

Buscou desenvolver nos discentes a capacidade para: (i) compreender o mundo do trabalho na APS no contexto local e a relação com capitalismo neoliberal; e (ii) colocar-se como agente promotor de mudança nas condições de saúde e trabalho na UAPS.

Objetivos de aprendizagem: (i) identificar de modo individual e coletivo as situações no processo de trabalho, que têm potencial de produzir sentimento de dor e ou de prazer nos trabalhadores da saúde e suas causas; (ii) identificar a percepção individual e coletiva sobre o mundo do trabalho na APS; e (iii) compreender as transformações do setor saúde decorrentes da sua inserção no contexto do capitalismo neoliberal, para pensar estratégias de promoção da saúde para os trabalhadores da saúde.

Estratégias de ensino-aprendizagem: dinâmica de acolhimento e integração, exposição dialogada e a oficina – identificação dos sabores e dissabores de trabalhar na APS, com vistas a elaboração coletiva da *Tenda dos Sabores* e do *Muro dos Dissabores*, base para as discussões dos módulos vindouros.

Carga horária: 12 horas, sendo quatro de atividades presenciais e oito de trabalhos desenvolvidos na UAPS.

Temas abordados: trabalho na saúde no contexto neoliberal, os sentimentos de prazer e sofrimento no trabalho, o trabalho em grupo e a cogestão.

Ao final, foi solicitado um parecer dos discentes, por depoimento verbal, sobre a metodologia e a condução do módulo.

5.5.1.1 Atividades realizadas e respectivas observações e implicações

A Boas vindas, leitura e explicação sobre o TCLE

O grupo foi acolhido no auditório da Coordenadoria de Vigilância em Saúde (COVIS), por nós e pelos facilitadores. Nesse momento, o grupo condutor se apresentou e explicamos como o curso estava estruturado e a relação dele com seu projeto de pesquisa. Boa parte dos participantes tinha conhecimento dessa relação, pois a divulgação ocorreu, quando nós e alguns dos facilitadores, na qualidade de técnicos do CEREST, realizamos a coleta de dados de uma pesquisa institucional nessa UAPS.

Na sequência, foi solicitado que todos abrissem o Manual do Participante na página do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), via do participante (já assinada por nós), para que acompanhassem a leitura, fazendo os questionamentos que achassem necessários. Em seguida, uma técnica do CEREST entregou a nossa via, para que os participantes preenchessem e assinassem, sendo recolhida em seguida. Assim, a via do aluno ficou anexa ao Manual e a nossa foi arquivada nos documentos do curso.

Apenas um profissional, no início da leitura do TCLE, questionou a ética da pesquisa, tendo entendido que os trabalhadores seriam usados para constituir um produto e que esse seria utilizado para obtenção de um título. Nas palavras dele ‘estou cansado de tanta pesquisa, não respondo mais questionário para ninguém, vim para cá para fazer um curso...’. A leitura foi temporariamente interrompida, e passamos a explicar o porquê da experiência pedagógica, com suporte em justificativas pessoais. Somos enfermeira, e o primeiro emprego foi na AB. Lá se trabalhou por 13 anos, conseguiu-se conquistar o respeito e amizade dos colegas de trabalho e de muitos usuários. De inopino, no entanto, as coisas começaram a mudar, e foram conhecidas as dores e angústias do assédio moral; conheceu-se a solidão, a vergonha, por estar ali, a falta de apoio dos colegas, que pareciam ter medo, e o distanciamento desse ponto da Rede SUS em relação à Secretaria Municipal de Saúde, tendo como única saída, para aliviar o sofrimento, abandonar um trabalho que concedia prazer. Esta proposta é um desejo que se tem de mudar a realidade anteriormente vivida, e que parece não ter evoluído. Considera-se ainda, esta experiência pedagógica como um privilégio no sentido de ensejar a criação de estratégias coletivas, para enfrentamento de situações adoecedoras na APS. Depois se complementou com as justificativas do serviço, ressaltando-se a responsabilidade dos participantes em pôr em prática aquilo que viessem a edificar. Estando o profissional convencido da lisura e da relevância do estudo, a leitura foi retomada, e não houve nenhuma recusa. Duas participantes chegaram após a leitura do Termo e foram orientadas a ler em casa e, no módulo seguinte, no intervalo do lanche, as dúvidas foram sanadas e os termos restaram assinados.

Foto 02 – Leitura e explicação do TCLE em 16/08/ e 17/08/2018



Fonte: Registro feito pelo grupo de facilitadores do Curso.

B Dinâmica de integração e acolhimento – Esse é meu amigo

A dinâmica ‘Esse é meu amigo’ foi realizada pela facilitadora Karolina Aguiar, fonoaudióloga do CEREST, buscando atingir três objetivos: (i) fazer o trabalhador pensar em si, nos seus prazeres, virtudes, medos, limitações e desenhar algo que o representasse; (ii) fortalecer a integração do grupo, por meio da apresentação ‘Esse é o meu amigo’ para todo o grupo; e (iii) refletir sobre os vínculos de amizade no trabalho (amigos, colegas de trabalho, conhecidos ou desconhecidos).

Foi entregue a cada participante um papel, preparado para essa dinâmica, com espaço para escrever o seu nome, um *hobby*, uma qualidade, um medo, um defeito, e fazer um desenho que tivesse para si algum significado. O tempo estipulado para esse momento foi de três minutos.

Na sequência, os participantes formaram duplas, por livre escolha, conversaram, fazendo a autoapresentação, com base no que estava registrado no papel. O tempo estipulado para esse momento foi de três minutos.

Dando sequência à dinâmica, cada dupla foi à frente e apresentou o seu amigo para todo o grupo e fixaram o desenho no painel, com tempo ajustado de três minutos para cada dupla.

Concluídas as apresentações, os participantes comentaram seus sentimentos sobre a dinâmica, privilegiando assim, o terceiro objetivo, que era levar o grupo a refletir sobre os vínculos de amizades no trabalho.

B.1 Observações e implicações sobre a dinâmica de acolhimento ‘Esse é meu amigo’

Essa dinâmica alcançou seus três objetivos, pois, individualmente, cada participante pensou em si, favoreceu a integração entre os pares e levou o grupo a refletir sobre as relações entre eles: amigos, colegas de trabalho, conhecidos ou desconhecidos que formam a equipe de trabalho da UAPS.

Em meio a muita descontração, passaram a conhecer um pouco mais sobre os colegas e, por vezes, discordaram dos defeitos apontados pelos colegas sobre si mesmos. Os medos não foram objeto de análise, porém vale ressaltar o da morte, o da doença e o da violência, que são realidades da rotina do trabalho e o fato de citá-los, como medos, pode ter sido um sinal de que estavam emocionalmente abalados pela situação e ambiência em que desenvolviam o trabalho. Essa inferência corrobora Trindade et al (2010) quando acentuam que as distintas e complexas demandas físicas e psíquicas no contato rotineiro com a comunidade carente podem atingir os trabalhadores da Estratégia da Saúde da Família, emocional e fisicamente.

Nos depoimentos, consideraram ser necessária maior aproximação entre os trabalhadores da UAPS, especialmente quando duas trabalhadoras, que residiam na mesma rua, nunca haviam tido nenhum contato antes da dinâmica ‘Esse é o meu amigo’. Na prática, relataram que as relações interpessoais mais próximas se davam entre os membros da mesma equipe, nos quais encontravam apoio no dia a dia do trabalho. O suporte dos companheiros de trabalho é descrito como um fator de satisfação e uma maneira de minimizar os influxos negativos do trabalho em profissionais da saúde mental (REBOUÇAS et al, 2008) e da Saúde da Família (TRINDADE et al, 2010)

Alguns desenhos trouxeram conotações que foram vistas como estratégias de enfrentamento, em especial para os problemas psíquicos, dentre eles referência a fé, religiosidade, família, união, amor, irradiação de energia vital, amor pela natureza na delicadeza das flores e no mistério do mar. Dois revelaram desejos e não atitudes que contribuíssem para a melhoria da condição de vida e trabalho. Destarte, os desejos apontados foram: ser valorizado profissionalmente; e pôr o pé na estrada. A respeito deste último, Trindade et al (2010), observaram a fuga como estratégia de enfrentamento individual em trabalhadores esgotados, para tentar continuar trabalhando, tendo ressaltado o sofrimento e a frustração no trabalho associados a este desejo. Outro

participante referiu um sentimento de relação desigual entre os profissionais da APS, sentindo-se diminuído, desvalorizado.

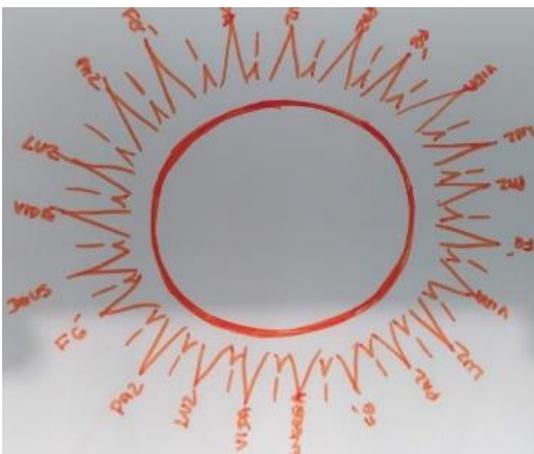
Os três últimos desenhos (figuras 07, 08 e 09), possivelmente, expressam sinais de esgotamento profissional, ou Síndrome de Burnout. Essa síndrome é composta por três elementos centrais (exaustão emocional, despersonalização e diminuição do envolvimento pessoal no trabalho), devendo ser diferenciada de outras modalidades de resposta ao estresse, e afeta principalmente trabalhadores cuja produção ocorre em contato direto com os usuários (BRASIL, 2001). O material tratado nas atividades realizadas remete à revisão recente da literatura sobre o esgotamento profissional em trabalhadores da APS, que revela a situação nesse ponto da rede, vista como preocupante em relação ao desenvolvimento de doenças mentais, visto que eles convivem com precárias condições de trabalho, com falta de recursos humanos e materiais para a realização do cuidado, resultando em sobrecarga de trabalho, conflitos nas relações interpessoais e violência no ambiente de trabalho. Essa realidade transborda na modalidade de exaustão emocional, despersonalização e falta de realização pessoal (GARCIA e MARZIALE, 2018)

Foto 03 – Dinâmica de acolhimento e integração ‘Esse é o meu amigo’.



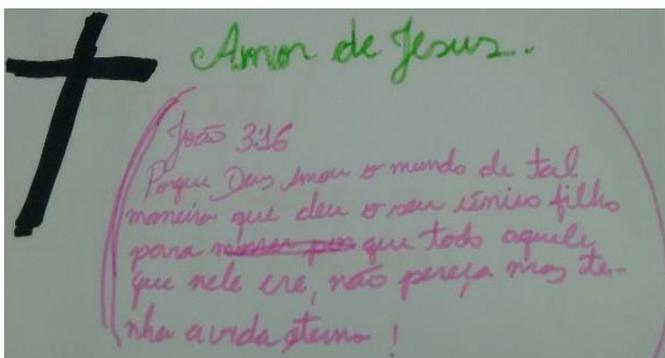
Fonte: Registro feito pelo grupo de facilitadores do Curso.

Foto 04 – Desenho – Sol Energia Positiva.



Fonte: Registro feito pelo grupo de facilitadores do Curso.

Foto 05 – Desenho – Fé.



Fonte: Registro feito pelo grupo de facilitadores do Curso.

Foto 06 – Desenho – Família



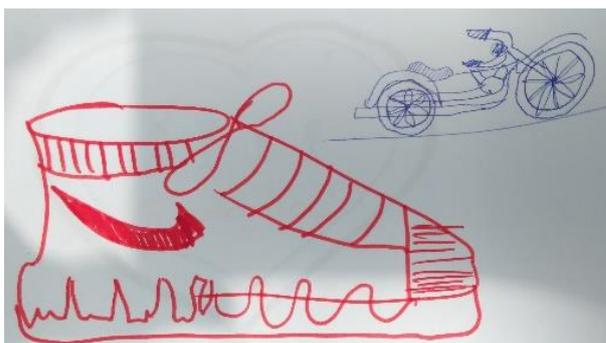
Fonte: Registro feito pelo grupo de facilitadores do Curso.

Foto 07– Desenho – Valorização do profissional



Fonte: Registro feito pelo grupo de facilitadores do Curso.

Foto 08 – Desenho – Pôr o pé na estrada



Fonte: Registro feito pelo grupo de facilitadores do Curso.

Foto 09 – Desenho – Relação desigual



Fonte: Registro feito pelo grupo de facilitadores do Curso.

C Oficina – Identificação dos Sabores e Dissabores de Trabalhar na APS.

Essa oficina foi pensada com suporte em Dejours et al. (1993), para quem o trabalho nunca é neutro em relação a saúde do trabalhador, pois tem potencial de favorecer tanto a saúde como o adoecimento. Sendo assim, analisar as relações entre o trabalho e a saúde é importante, não só pelos adoecimentos que pode causar, mas também por ser um fator essencial de equilíbrio e de desenvolvimento humano (DEJOURS et al., 1993).

No contexto complexo do trabalho da APS, foi proposto aos participantes o exercício de mobilização individual e coletiva, para a identificação dos fatores do ambiente, organização e processos de trabalho da UAPS, que geravam sabor (prazer/saúde) e os que produziam dissabor (sofrimento/adoecimento/dor) com vistas a estimulá-los para a elaboração de um Plano de Ação em Vigilância em Saúde do Trabalhador

O nome inicialmente proposto para essa oficina foi ‘Dores e Sabores de Trabalhar na APS’, porém, visando a dar maior leveza e não induzir a pensamentos negativos, passou a ser denominada ‘Sabores e Dissabores de trabalhar na APS’.

Com o objetivo geral de debater as condições de saúde e de trabalho na APS, a Oficina foi conduzida pela facilitadora Fabiola Silva Castro, em quatro momentos, num movimento gradual de reflexão individual e trocas coletivas, fazendo um exercício de se deixar perceber, perceber o outro e entender que, sobre o mesmo cenário, há posições diferentes, no entanto, sem a rotulagem de ‘certo’ ou ‘errado’, apenas saberes e percepções diversificadas. O sabor, para um, poderia configurar em dissabor para o outro, a depender da subjetividade, chegando ao final na identificação, consensuada no coletivo, dos fatores do ambiente, organização e processos de trabalho com potencial para gerar sabores (prazer/saúde) e dissabores (sofrimento/adoecimento/dor).

C.1 Primeiro momento - Mobilização de sentimentos

O primeiro momento dessa oficina não fez relação expressa com o trabalho, pois objetivava, apenas, fixar os participantes na experiência pedagógica. Num ambiente climatizado e à meia luz, estes foram convidados a fechar os olhos e ouvir a música ‘O Lago dos Cisnes’ (sem, contudo, informar qual seria a música), escrevendo depois em suas tarjetas os sentimentos que afloraram ao ouvir a melodia. Em seguida, os sentimentos

foram compartilhados, num exercício de abrir-se para o outro, deixando ser conhecido e conhecendo o colega.

Na sequência, foram convidados a ver o vídeo ‘Se ela dança eu Danço - A Morte do Cisne, por John Lennon da Silva’ (disponível no YouTube). Esse vídeo trouxe a imagem de um dançarino de rua, rompendo com a tradição do balé clássico, sem perder a emoção e a leveza características do original, porém num cenário aparentemente impróprio para a atividade. Foi solicitado que registrassem em suas tarjetas outras possíveis emoções, agora não só ouvindo, mas também vendo algo não ordinário.

C.1.1 Observações e implicações sobre o primeiro momento – Mobilização de sentimentos

Ao ouvir a música, os participantes relataram emoções diversas, sentimentos de paz, leveza, fé, tranquilidade, contrapondo-se a melancolia e angústia.

Nesse momento, houve um depoimento, com lágrimas e expressão de profundo sentimento: ‘[...] essa música me lembrou [...] a valsa dos meus 15 anos, dancei com meu pai. Eu amava tanto meu pai [...] ele não está mais aqui, não posso mais dançar com ele [...], mas isso não me traz tristeza não, me traz paz e saudade [...]’.

A trabalhadora foi acolhida pelos amigos, e pelo psicólogo, porém decidiu permanecer na atividade.

Após a exposição do vídeo, alguns participantes relataram outros sentimentos além dos experimentados no primeiro momento, dentre os quais: superação, coragem, força, sofrimento e dor, o que respalda a ideia de que somos diferentes, temos visões e reações distintas sobre o mesmo objeto, inclusive sobre o trabalho. Como aponta Dejours (2009), “O trabalho pode gerar o pior, até suicídio, mas ele pode gerar o melhor: prazer, autorrealização e emancipação” (DEJOURS, 2009, p. 53).

C.2 Segundo momento – Construção da Tenda dos Sabores

Foi desde esse momento que a caminhada propriamente dita, para a elaboração coletiva do Plano de Vigilância em Saúde do Trabalhador da Saúde, teve início. A turma já havia sido trabalhada em suas emoções e relações. Já havia o entendimento de que a Oficina era para o coletivo e não para categorias profissionais isoladas, facilitando a formação dos grupos. Assim, os participantes foram divididos em

três grupos, sendo indicado um facilitador para cada um. Essa formação perdurou durante todo o curso.

A fisioterapeuta Fabiola de Castro iniciou a atividade, dizendo: ‘Como é bom trabalhar na saúde! Eu até me arrepio. Concordam comigo? Pois bem, a nossa atividade agora é ver algumas imagens do nosso cotidiano de trabalho e registrar nas tarjetas os sentimentos bons, que emergem na mente e no coração de cada um ao visualizar a produção do cuidado’.

Os facilitadores entregaram para cada participante duas tarjetas brancas e um pincel preto, disponibilizando outras tarjetas, caso houvesse necessidade.

Após a exibição das imagens relacionadas ao trabalho cotidiano na APS, foi solicitado que registrassem de maneira individual, os sentimentos bons e em seguida, de modo livre, compartilhassem verbalmente no grupo suas emoções. Na sequência, sob a orientação do facilitador, os participantes dispuseram as tarjetas no chão, agruparam os sentimentos semelhantes e elegeram três sentimentos mais representativos do grupo. Estes foram transcritos para outras tarjetas -brancas - usando pincel vermelho.

Os sentimentos que identificavam cada grupo foram apresentados em plenária, por um representante, que explicou como ocorreram o agrupamento e a eleição no grupo. Depois afixou as tarjetas na parte da frente da tenda. Os sentimentos individuais foram fixados ao redor dela, de modo que na tenda dos sabores todos estavam representados individual e coletivamente.

C.2.1 Observações e implicações sobre o segundo momento – Construção da Tenda dos Sabores

Esse momento resultou na Tenda dos Sabores do trabalho na APS (figura 12), construída com base em reflexões individuais e consensos coletivos. Os sentimentos consensuados e registrados como sabores (prazer/saúde) no trabalho da APS foram agrupados em três blocos temáticos: de cunho religioso e humanístico; de relacionamento interpessoal entre os colegas de trabalho; e de resolubilidade (sentimento de dever cumprido).

Quadro 2 Sentimentos ‘sabores’ (prazer/saúde) consensuados pelos participantes, por bloco temático.

Bloco temático	Sentimentos consensuados
Religioso e humanístico	Cuidado; acolhimento; servir ao próximo; útil; cativar e resiliência.
Relacionamento interpessoal	Vínculo; união; trabalho em equipe; cooperação; compromisso e responsabilidade.
Resolutividade	Cura.

Fonte: Quadro elaborado por nós, pesquisadora.

Bloco - Religioso e humanístico

Com âncora em outros estudos, foi possível fazer a relação entre os sentimentos religiosos e humanísticos, retratados como prazerosos na tenda dos sabores, e o ideário primitivo de que o ato de cuidar de doentes configura uma ação de caridade, um movimento de religiosidade para agradar a Deus. Rosen; Moreira e Bonfim (2006) no livro *‘Uma História da Saúde Pública’* registram intensa ligação do cuidado dispensado aos enfermos pobres com a religião. Estes autores destacam a criação, na Idade Média, dos hospitais, tanto no Oriente islâmico, quanto no Ocidente cristão, por intensiva motivação religiosa e social, observando que, em mosteiros medievais, os monges e monjas cuidavam dos enfermos. Na mesma linha de evidência, Padilha e Mancia (2005), em revisão histórica da evolução profissional da Enfermagem, relembram que cuidar dos enfermos foi uma das modalidades de caridade adotada pela igreja, em que o comportamento de altruísmo era fundamental, alertando para o fato de que os ideais de fraternidade e altruísmo ainda podem influenciar os profissionais em formação. Trindade et al (2010) alertam para o fato de que, em nome da resiliência, alguns profissionais neguem seus adoecimentos, porquanto

[...] a resiliência é um comportamento presente na cultura dos serviços de saúde, e o profissional que vive nesse contexto cultural, internaliza essa capacidade. Assim, muitos talvez se adaptem, enquanto outros tendem a negar e ocultar de si e dos outros suas decepções, o mal-estar e dores psíquicas, ou até mesmo, físicas. Instala-se assim, a “cultura do contentamento”, da saúde perfeita ⁽¹¹⁾. Nesse contexto, é proibido revelar sofrimentos, dores e doenças, e o profissional tende a evitar revelá-los, desta forma, torna-se susceptível seu agravamento. (TRINDADE et al., 2010, p. 688).

O relacionamento interpessoal de colegas da equipe foi apontado como sabor, conforme descrito a seguir.

Bloco - Relacionamento interpessoal

Neste estudo, as relações interpessoais no trabalho da UAPS foram registradas como um sabor, porém em alguns momentos de fala, transpareceu a necessidade de fortalecer os vínculos, e que o Curso estava propiciando este fortalecimento, segundo o relato que se segue.

- '[...]aqui a gente está se conhecendo... a gente já se conhece do trabalho, mas teve momento que a gente conheceu alguma angústia, algum medo, algum hobby... coisa simples que a gente não sabe. A gente está se conhecendo naquele momento sem ser o funcionário, médico, paciente, ACS e tudo mais...'

À vista desse depoimento, foi possível evidenciar a existência de opiniões divergentes, quanto às relações interpessoais que, para alguns, se configuravam como fator satisfatório, ao passo que, para outros, era insatisfatório. Transpareceu, também nessa fala, a existência de uma relação hierárquica entre os profissionais e a necessidade de um maior entrosamento deles.

Essa realidade também foi percebida por outros autores, que, em seus estudos, destacaram a importância das relações interpessoais, para os serviços de saúde, podendo estas ser apontadas como fator de satisfação, quando se dão de maneira harmônica, ou de insatisfação, mediante fatores que impedem sua fluência. Nesse sentido, Marsiglia (2015) ressalta que, além dos processos, as relações de trabalho podem repercutir negativamente na saúde dos trabalhadores da saúde, visto que, para desenvolver as atividades, se faz necessária a capacidade de atuar coletivamente; e que o não desenvolvimento desse coletivo pode ocorrer por alguns fatores, dentre eles a predominância das “[...] divisões excessivamente hierarquizadas no trabalho de equipe, poderes diferenciados e desiguais entre as diversas categorias de trabalhadores e supervalorização de alguns saberes profissionais em detrimento de outros no cotidiano da prática institucional.” (MARSIGLIA, 2015, p. 13), possibilitando a instalação, no ambiente de trabalho, de um clima de conflito e competição.

Ao analisar o influxo da organização do trabalho de enfermeiros, técnicos e auxiliares de Enfermagem na Atenção Básica, e a sua relação com a saúde destes trabalhadores, David et al (2009) evidenciaram as relações interpessoais como segundo fator de desmotivação para o trabalho, e concluíram que, “[...] a desorganização nos processos de trabalho, na avaliação dos trabalhadores de enfermagem, associa-se, de modo especial, às relações entre colegas, chefias e clientes.” (DAVID et al., 2009, p. 213).

Trindade et al (2010), que estudaram o estresse e Síndrome de Burnout entre trabalhadores da equipe de Saúde da Família (ESF) também exprimiram a importância das relações interpessoais no trabalho, para o desenvolvimento da síndrome. Registraram, também, a existência de percepções divergentes sobre elas, pois as relações interpessoais eram consideradas como fonte de satisfação e motivação para o trabalho na ESF para os trabalhadores que não expressaram sinais de esgotamento, enquanto era vista como fator de insatisfação e desgaste no trabalho na ESF para os trabalhadores esgotados.

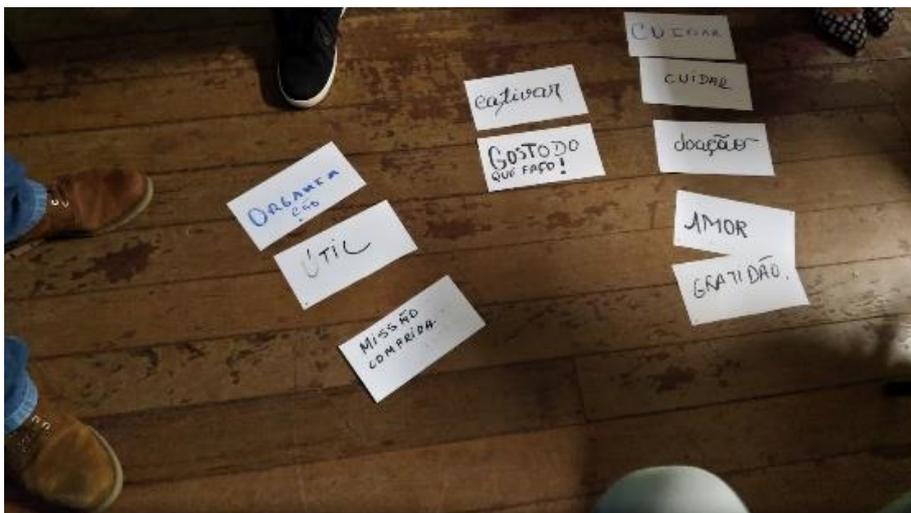
Como visto, os pontos relacionais não são percebidos do mesmo jeito por todos os trabalhadores. Nosso material empírico confirma as observações de Marsiglia (2015), David et al (2009) e Trindade et al (2010) a respeito do quanto as relações interpessoais se vinculam à (in)satisfação com o trabalho, com possível influência negativa na saúde dos trabalhadores da AB.

Bloco – Resolutividade

De acordo com Clot (2006), citada em Assunção e Jackson Filho (2015) o trabalho na saúde exige que os sujeitos se mobilizem em sua totalidade, não empreguem apenas o corpo, mas empreguem e entreguem também a capacidade de se relacionar com o outro, suas emoções, inteligência, enfim, entram inteiros na produção do cuidado, que só é possível ser feito mediante a existência do outro. Zarifian (2006), destacado em Assunção e Jackson Filho (2015), ressalta que o trabalho é uma atividade de coprodução. Nem sempre, no entanto, podem contar com a segurança da estrutura técnico organizacional do serviço (ASSUNÇÃO; JACKSON FILHO, 2015).

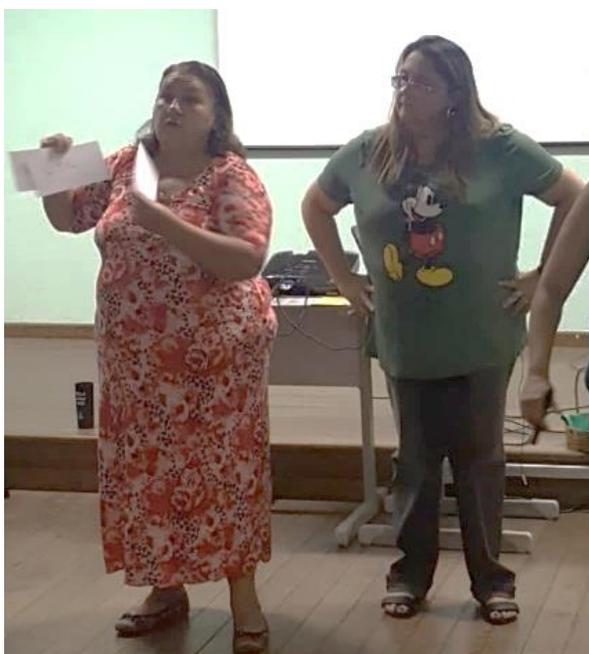
Com base no pensamento desses autores, quando o trabalhador da saúde considerou ‘a cura do outro’ como um prazer, estava fazendo referência transpondo a religiosidade ou o sentimento humanístico. Podiam estar expressando um sentimento de pertencimento, de vitória, de se sentirem tecnicamente capazes, de ter sido, e ser, resolutivos, apesar das más condições de trabalho que lhes são impostas. Nesse aspecto a ‘cura’ foi incluída no bloco temático da resolutividade, destacando, ainda o estudo de Cezar-Vaz et al (2009) sobre a percepção do risco no trabalho em saúde da família, em que a ‘irresolutividade’ foi identificada como fator de risco.

Foto 10 – Sabores compartilhados no grupo



Fonte: Registro feito pelo grupo de facilitadores do Curso.

Foto 11 – Sabores revelados para a turma



Fonte: Registro feito pelo grupo de facilitadores do Curso.

Na sequência, os participantes se posicionaram em uma só roda, dando início ao diálogo no grande coletivo, sobre os dissabores vivenciados no cotidiano do trabalho. Consoante expressa Passamai (2013), o diálogo é uma comunicação em grupo que possibilita dar configuração à cultura desse coletivo. Esse processo é possível, tanto entre iguais quanto entre diferentes, porém nunca entre oponentes (GADOTTI; FREIRE; GUIMARÃES, 1995). Ancorada nessa possibilidade, a Oficina buscou desenvolver no coletivo desses trabalhadores, de variadas categorias profissionais, e que até então pareciam pouco envolvidos em manifestações por melhores condições de trabalho, uma cultura de cuidado com a saúde dos trabalhadores da saúde da UAPS. Na atividade realizada, foi ensejado espaço para expressarem individualmente suas contrariedades, espaço este que, segundo eles, não existe na UAPS. Esta análise está em concordância com Assunção e Jackson (2015), ao constatarem que os espaços para a discussão das dificuldades e angústias vividas pelos trabalhadores são restritos ou não existem, apesar de vasta literatura especializada acentuando ser fundamental para a proteção da saúde mental.

C.3.1 Observações e implicações sobre o terceiro momento - Construção do Muro dos Dissabores

A oficina culminou na construção coletiva do Muro dos Dissabores. Ele ficou estampado, mas sem muita cor, parecendo uma velha e sábia montanha, que naquele instante permitiu ser ecoadas as vozes que estavam oprimidas, vivendo um sentimento de andorinha que voa sozinha. Pode-se dizer que a construção do Muro libertou e liberou os trabalhadores para, conscientemente expressarem e também reconhecerem, no outro, os seus incômodos, sofrimentos e causas de adoecimentos advindos do cotidiano do labor na UAPS, para juntos estabelecerem estratégias de enfrentamento. O Muro evidenciou os ensinamentos do grande educador Paulo Freire, ao erguer a bandeira da educação que liberta, numa situação em que o oprimido, nem sempre consciente dessa condição, se descobre e se desloca para o campo da luta.

Aos esfarrapados do mundo
e aos que neles se
descobrem e, assim
descobrimo-se, com eles
sofrem, mas sobretudo,
com eles lutam.
(FREIRE, 1987, p. 12).

Os dissabores reconhecidos gravitaram à órbita de três fatores: a organização (citada como desorganização) do processo de trabalho da APS, a falta de estrutura física e material para o desenvolvimento do trabalho (infraestrutura) e a expressão consciente do trabalhador de sua insatisfação (sofrimento) com essas condições de trabalho. As condições de trabalho, conforme definição nos Descritores em Ciências da Saúde, incluem também os fatores sociais atuantes no ambiente de trabalho. Embora a dificuldade de comunicação e a falta de apoio da gestão em situações específicas não tenham sido explicitadas nas tarjetas, as entrelinhas e as próprias falas dos trabalhadores abordam estes aspectos, vistos como dissabores do trabalho.

‘[...] não adianta falar... não somos ouvidos’

‘[...]cobrança sempre, elogios nunca’

‘[...] Uma vez, a menina da farmácia disse que só podia dar o remédio com a receita do posto, a mulher foi lá, falou com a coordenadora, e ela mandou liberar, mesmo sabendo que era ordem da Secretaria. Sabe o que a mulher disse? Tem que falar é com o dono dos porcos’.

As evidências observadas indicaram que os trabalhadores da UAPS pensavam em primeiro lugar nos usuários, usuários que vivem metaforicamente nas ‘trincheiras da guerra’ pela garantia do direito à saúde e à vida, e que têm o sofrimento ampliado ante os entraves advindos de problemas da organização, da gestão e da infraestrutura na UAPS. Essa linha de pensamento - ‘cuidar do outro em primeiro lugar’ - não é exclusiva dos trabalhadores participantes deste estudo. Brito et al (2011) evidenciaram que, na prática do serviço de saúde, os trabalhadores precisam fazer escolhas difíceis, que têm implicações de risco e, mediante tal situação, optam por situar a vida do outro à frente da sua. O doar-se a favor do outro contrapõe-se às práticas tradicionais da gestão nos serviços de saúde, pois estas focam em primeiro lugar a otimização do uso dos recursos e, depois, se possível, os usuários, deixando muitas vezes de investir nas condições de trabalho e de saúde dos seus protagonistas (ASSUNÇÃO; JACKSON FILHO, 2015), o que evidencia o descompasso da gestão em relação à prática do cuidado. Num deslocamento quase linear, esses entraves foram descritos, também, como amarras impeditivas para fazer um trabalho bem feito, ensejando insatisfação e sofrimento. Assunção e Jackson Filho (2015) consideram a satisfação com o trabalho um fator de proteção ao Burnout.

Foram fixados em tarjetas no centro do muro dos dissabores: a falta de respeito com o usuário, falta de resolubilidade, filas de espera, burocracia,

desorganização, caos, rotatividade de terceirizados, sobrecarga de trabalho, espaço físico inadequado, falta de pessoal, falta de material, medo, insegurança, impotência, horário do ponto, ansiedade e não conhecer o trabalho. Todos esses aspectos parecem ser comuns no setor saúde. Eles retratam o paradoxo vivido pelos trabalhadores, que, em situações adoecimento, desenvolvem suas atividades, visando à promoção e à recuperação dos usuários, considerando, ainda, que o trabalho deveria ser fonte de satisfação e de saúde para o ser humano (BRAGA; CARVALHO; BINDER, 2010). Esse paradoxo também foi ressaltado por Assunção e Jackson Filho (2015): “[...] os paradoxos entre a missão de cuidar e a ausência de meios e que refletem no bem-estar e na satisfação dos TS, tornando-os vulneráveis aos estressores ambientais e seus efeitos sobre a saúde mental.” (ASSUNÇÃO; JACKSON FILHO, 2015, p. 59).

Como expresso anteriormente, a identificação desses elementos em outros estudos reforça o entendimento de que não são características, tampouco reflexos inerentes à administração local, como alguns participantes atribuíram explicitamente, mas sim, marcas experimentadas no setor saúde no fluxo global. Vale salientar, no entanto, que ‘o próprio trabalho’ não foi citado como desmotivador (dissabor), fato também observado em outro estudo (DAVID et al., 2009). Visando a modificar essa realidade, a Organização Pan Americana da Saúde (OPAS) reforça suas ações no terreno dos recursos humanos, participando de cooperações interpaíses e no desenvolvimento de vários projetos. Dentre esses, vale ressaltar que, em abril de 2006, o Dia Mundial da Saúde teve como tema ‘Recursos Humanos em Saúde’, e a Chamada de Toronto 2006-2015, uma década de recursos humanos em saúde para as Américas (ASSUNÇÃO, 2014). Esses esforços se contrapõem aos interesses do capital financeiro. Talvez por isso, na realidade vivida, ainda não tenha sido possível ver seus frutos.

O capital financeiro na contemporaneidade assemelha-se metaforicamente às garras de um gigante (capital) que, buscando se recuperar de uma crise (crise estrutural), e, conseqüentemente, retomar o “[...] seu ciclo de expansão e, ao mesmo tempo, recompor seu projeto de dominação societal.”(ANTUNES, 2010, p. 21), atinge todo o mundo da produção, inclusive o setor saúde. Nessa conjuntura, sob o reflexo da dominância do capital financeiro, a gestão do trabalho no Sistema Único de Saúde do Brasil reduz o poder do trabalho. A este respeito, Mendes (2017) relata:

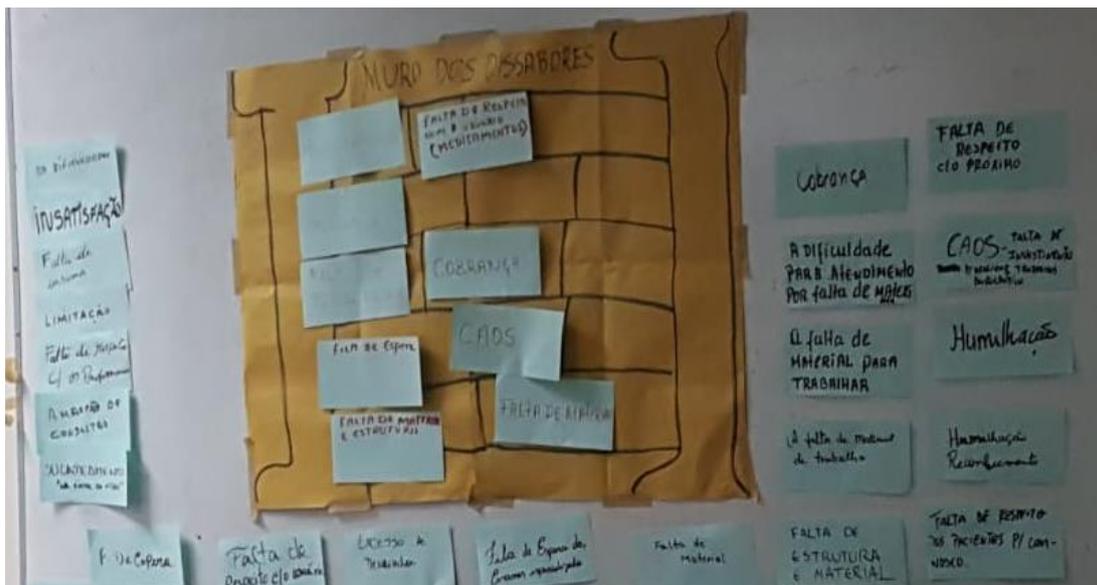
São perceptíveis as alterações no balanço do poder entre o trabalho e o capital, com ataques aos diversos direitos sociais trabalhistas, em destaque para a saúde, resultando em precarização das condições contratuais, intensificação da jornada, e aumento dos aspectos do

adoecimento físico e mental do trabalhador contemporâneo. (MENDES, 2017, p. 9).

Considerando a interpretação de Mendes (2017) e Brito et al (2011), pode-se exprimir que as amarras impeditivas para o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde do Brasil, dentro do padrão de qualidade de seu projeto original, também decorrem da atitude da sociedade brasileira que, em seu discurso predominante, se posicionam a favor do mercado (opressor). Essa atitude, de certo modo, valida as drásticas medidas adotadas pelos governos brasileiros e que repercutem sobre o setor saúde. Dentre estes, tem ressaltado o antagonismo entre o subfinanciamento do SUS e a ampliação dos repasses de recursos públicos para a gestão privada das Organizações Sociais de Saúde (OSS), legalmente sob o amparo na Lei de Responsabilidade Fiscal (BRITO et al., 2011; MENDES, 2017). É em um contexto de esperança que se pode remeter à visão de Freire (1987) sobre as fases da Pedagogia do Oprimido, podendo-se questionar: quem sabe, um dia, a sociedade brasileira seja composta de homens e mulheres envolvidos em um processo permanente de libertação?

A pedagogia do oprimido, como pedagogia humanista e libertadora, terá, dois momentos distintos. O primeiro, em que os oprimidos vão desvelando o mundo da opressão e vão comprometendo-se na práxis, com a sua transformação; o segundo, em que transformada a realidade opressora, esta pedagogia deixa de ser do oprimido e passa a ser a pedagogia dos homens em processo permanente de libertação. (FREIRE, 1987, p. 23).

No que concerne ao Muro dos Dissabores, a oficina foi fundamental para a conscientização dos trabalhadores, não só sobre a realidade vivenciada no desenvolvimento do trabalho na APS, mas também na percepção do comportamento individual ante a necessidade de pensar estratégias coletivas para a melhoria das condições de trabalho e de saúde de todos, independentemente da categoria profissional, função ou vínculo empregatício. Cabe considerar, também, a possibilidade de essa experiência servir de base para o desenvolvimento de um serviço ou uma política de saúde e segurança do trabalhador da saúde no Município de Fortaleza, partindo do micro para o macro, na esteira do que propõem Lacaz et al (2017): “[...] o que embasa a possibilidade de pensar -se numa Política de Saúde do Trabalhador da Saúde no âmbito municipal são os desdobramentos [...] recomendações consequentes dos achados da pesquisa e sugeridas aos gestores das Secretarias Municipais de Saúde.” (LACAZ; VECHIA; SILVA, 2017, p. 331).



Fonte: Registro feito pelo grupo de facilitadores do Curso.

C.4 Quarto momento – Exibir o mundo do trabalho na APS

Essa oficina buscou amenizar o clima deixado pela construção do muro dos dissabores e levar os trabalhadores para outra dimensão - pensar no que o trabalho na saúde representava para cada um deles, e constituir em grupo uma expressão artística que sintetizasse a representatividade. Foi conduzida pelo psicólogo Eliezete Pereira, do CEREST Regional Fortaleza, tendo como objetivo conhecer a percepção individual e coletiva dos trabalhadores da UAPS sobre o mundo do trabalho na APS.

Os participantes retornaram aos seus grupos. Cada qual foi identificado com o nome da cor (rosa, amarela e azul) segundo a tarjeta que recebeu. Foram entregues no grupo duas tarjetas e três figuras de *smiles*, para cada participante (carinhas felizes, tristes e indiferentes).

O condutor da oficina explicou a atividade, dizendo: - ‘Esse é mais um momento de reflexão, precisamos pensar agora, não sobre o prazer ou o sofrimento do trabalho, mas sim sobre a nossa relação com ele. Temos cinco minutos, para individualmente pensar e responder na tarjeta a pergunta: O que o meu trabalho significa para mim? Depois colar na tarjeta a figura dos smiles, que mais representa o seu sentimento sobre o trabalho’.

Passados os cinco minutos, os participantes foram orientados a socializar para o grupo os seus significados e, em seguida, sistematizarem em expressão artística o que

o trabalho na APS significa para o grupo, para mostrar em reunião plenária. Foram concedidos trinta minutos para a socialização e sistematização.

C.4.1 Observações e implicações sobre o quarto momento - Exibir o mundo do trabalho na APS

Pode-se expressar que o objetivo da oficina foi alcançado. Houve intensa articulação entre os participantes, e a atividade transcorreu com muita descontração, sendo possível perceber maior integração.

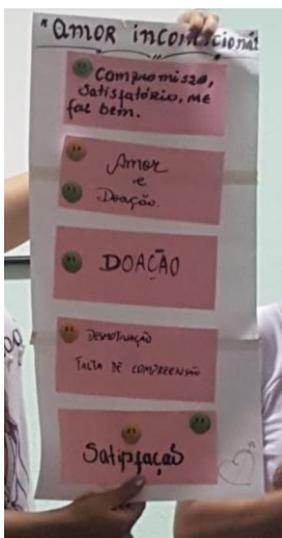
O mundo do trabalho na saúde, segundo pesquisadores da área, e estudos citados no texto desta dissertação, se configura como algo vivo, que se move entre momentos dinamizadores e desmotivadores, produzindo satisfação (sabores) e insatisfação (dissabores) que levam ao prazer e ao sofrimento, respectivamente. Dejours (2009), exprime o sofrimento no trabalho não apenas como uma consequência ruim, mas também como uma força mobilizadora, que impulsiona o trabalhador na busca de solução para o problema e, assim, libertar-se do sofrimento. Tendo-se conhecido e vivenciado o trabalho na Atenção Básica, faz-se necessário lembrar Demerouti et al (2000) apud Assunção (2011), que fazem referência aos efeitos psicológicos negativos ensejados no trabalhador da saúde, desde o seu envolvimento com a dor e o sofrimento dos usuários, a exigência de muita responsabilidade, o tempo insuficiente para planejar e organizar a atividade e com o mínimo de poder de decisão. Estes aspectos podem ser vistos como fontes de desgaste e adoecimento, e ainda efeitos que podem anteceder a Síndrome de Burnout.

Foi este contexto real dos trabalhadores da UAPS participantes deste estudo, no qual há o ‘sofrimento mobilizador’ para buscar soluções e o ‘sofrimento adoecedor’ que inspirou a experiência pedagógica mediante a qual se pretendeu instrumentalizar os trabalhadores para a formulação de um plano de ação em vigilância em saúde do trabalhador da saúde, passível de implantação em seu local de trabalho. Buscávamos uma perspectiva de produção de conhecimentos, envolvendo-os de corpo e alma, no caminho de um aprendizado que possibilitasse o alcance individual e coletivo da autonomia e da liberdade, em harmonia com as bases pedagógicas de Paulo Freire.

O tempo necessário para a realização dessa oficina excedeu 30 minutos do programado, o que impossibilitou sua prática na turma de sexta-feira, pois precisavam retornar para a UAPS às 13 horas.

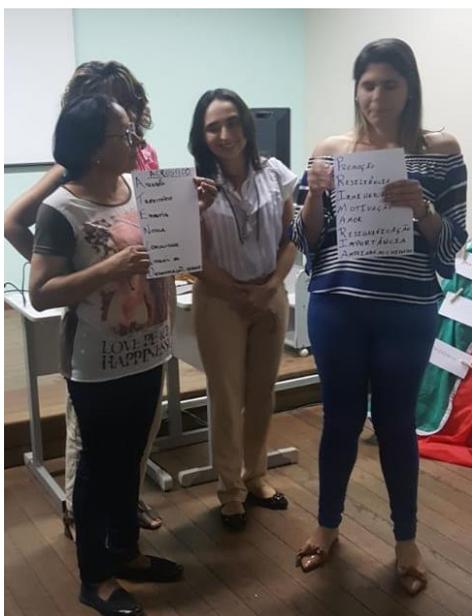
As expressões artísticas evidenciaram o poder criativo, a integração e a satisfação dos grupos na atividade.

Foto 16 – Cartaz - Exibindo o mundo do trabalho na APS



Fonte: Registro feito pelo grupo de facilitadores do Curso.

Foto 17 – Acróstico - Exibindo o mundo do trabalho na APS



Fonte: Registro feito pelo grupo de facilitadores do Curso.

Foto 18 - RAP - Exibindo o mundo do trabalho na APS



Fonte: Registro feito pelo grupo de facilitadores do Curso.

RAP TRANSCRITO.

<p>Realização em meio a satisfação Servir e informar Diferente transformar Mas nem tudo se faz flores Em meio, há rumores Frustração nos traz Indecência é o imprevisto Em aviso de decência</p>

D Explicação das Atividades da Dispersão

Explicamos as atividades da dispersão, que tinham como objetivo levá-los a compreender as transformações do setor saúde decorrentes da sua inserção no âmbito do capitalismo neoliberal, para pensar estratégias de promoção da saúde para os trabalhadores da saúde.

As atividades consistiram em: (i) fazer uma enquete na UAPS envolvendo o máximo de trabalhadores, perguntando - ‘O que tira a sua satisfação no cotidiano do seu trabalho, além da questão salarial’. As respostas foram colocadas em uma urna, fornecida pelo curso, e utilizadas no módulo seguinte; (ii) ler os textos indicados, para embasar as discussões no próximo encontro presencial e dar mais subsídio na elaboração dos

produtos do curso. Os textos indicados, e postos em anexo no Manual, para esse módulo foram: - Condições de trabalho e saúde dos trabalhadores da saúde (ASSUNÇÃO, 2014); - As sutilezas do processo de grupo; - Saúde do que se trata? e -Trabalho e gestão (BRASIL, 2011b).

E Momento de ouvir os participantes em relação ao Curso – observações e implicações para nós e os facilitadores.

Nesse momento foi facultada a palavra aos participantes, sujeitos ativos em todo o decurso de formulação do conhecimento, que, de modo livre, expressaram verbalmente os seus julgamentos sobre a metodologia e a condução do módulo. Essa atividade foi expressa como relevante e imprescindível, por nós e facilitadores, com vistas a fazer os ajustes necessários, para os módulos seguintes e posterior reprodução em outras UAPS e outros pontos da rede SUS.

Ao ser facultada a palavra aos participantes, para avaliarem as atividades desenvolvidas no módulo, houve, inicialmente, breve silêncio, seguido de vários depoimentos satisfatórios, o que, no nosso entendimento, validou o módulo para futuras aplicações.

Na sequência foram transcritas algumas falas, que refletiram a satisfação dos participantes com o curso.

‘[...] criei uma expectativa e encontrei outra... Quando falaram em curso eu pensei... ai vai ser aquela coisa sentada escutando, vendo... só que, quando eu cheguei já fiquei assim... porque vi o negócio né meio que ... pra mim foi muito gratificante’

‘[...] aqui a gente está se conhecendo... a gente já se conhece do trabalho, mas teve momento que a gente conheceu alguma angústia, algum medo, algum hobby... coisa simples que a gente não sabe. ... a gente está se conhecendo naquele momento sem ser o funcionário, médico, paciente, ACS e tudo mais...’

‘[...] e assim... é muito bom quando a gente tem uma dinâmica que não deixa a gente parar, achei bem interessante, vocês estão de parabéns... uma saía e a outra entrava cada uma trazia uma coisa, não deu tempo nem de tomar o café né?’

‘[...] fomos servidas’

‘[...] e engraçado o que achei mais interessante ninguém nem se levantou para ir lá pegar... o negócio estava tão interessante que nem’

‘[...] mexeu com nossos sentimentos bons, tristes essa troca que estamos fazendo em grupo, né? Mostra qualidades que a gente tem e nem sabe’

‘[...] esse módulo foi ótimo, espero que os outros também seja’ ‘achei fantástico essa metodologia...dinâmica que cada um oferece o seu olhar... traz as experiências... quando você se envolve ela fixa mais...’

Esse módulo foi o mais intenso no que diz respeito ao número de atividades, e o que requereu maior cuidado com os participantes na mobilização dos sentimentos. O ideal era ter sido feito em dois momentos, mas, pela dificuldade de agenda com os profissionais, não foi possível. Na nossa avaliação, os objetivos e as competências propostas para o módulo foram alcançados.

Esse curso não pretendeu ensinar, na concepção tradicional da transmissão de conhecimentos, mas sim na perspectiva de Paulo Freire (2002), quando ensina que “[...] nas condições de verdadeira aprendizagem os educandos vão se transformando em reais sujeitos da construção e da reconstrução do saber ensinado.” (FREIRE, 2002, p. 13), vislumbrando a elaboração de estratégias de intervenção, com vistas a melhoria da realidade laboral da UAPS.

5.5.2 Módulo II – Elaboração do Plano de Ação de Vigilância em Saúde do Trabalhador da Saúde –1ª etapa

SÍNTESE DO MÓDULO

Data: 23/8/2018 à tarde (turma 1) e 24/8/2018 de manhã (turma 2).

Objetivo geral: desenvolver o passo a passo para se elaborar um Plano de Vigilância em Saúde do Trabalhador da Saúde, a ser implantado na unidade, levando em conta o material produzido sobre as fontes de prazer (sabores) e de sofrimento (dissabores).

Objetivos de aprendizagem: (i) selecionar, dentre os problemas identificados no Módulo I, aqueles a serem enfrentados, incluindo os relatados na enquete (uma das atividades de dispersão); (ii) priorizar os problemas, utilizando a ferramenta da matriz de priorização de problemas do Sistema de Saúde – RUF-V² e identificar suas causas e consequências; (iii) conhecer as Diretrizes da VISAT na AB, da Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do SUS e o conteúdo sobre acidente de trabalho, segundo o Estatuto do Servidor Municipal de Fortaleza; e (iv) investigar as necessidades de atenção à saúde dos trabalhadores da UAPS.

Estratégias de ensino-aprendizagem: dinâmica de acolhimento e integração - ‘Cuidando e sendo cuidado’, discussão dos textos para leitura indicados como atividades da dispersão, exposição dialogada ‘Planejamento Estratégico Situacional: elaboração do Plano de Vigilância em Saúde do Trabalhador da Saúde’, oficina Elaboração do Plano de Ação de Vigilância em Saúde do Trabalhador da Saúde –1ª etapa - primeiro momento ‘seleção e priorização dos problemas’ segundo momento ‘identificação das causas e consequências dos problemas priorizados’.

Carga horária: 12 horas, sendo quatro de atividades presenciais e oito de trabalhos desenvolvidos na UAPS.

Temas abordados: Planejamento Situacional em Saúde; Promoção da Saúde do Trabalhador do Sistema Único de Saúde- SUS.

Ao final, foi solicitado parecer dos discentes sobre a metodologia e a condução do módulo por via de depoimentos verbais.

5.5.2.1 Atividades realizadas e respectivas observações e implicações

A Dinâmica de acolhimento e integração – ‘Cuidando e sendo cuidado’

Visando a continuar o processo de integrar cada vez mais o grupo e envolvê-lo num sentimento de responsabilidade e prazer no cuidar do amigo, foi feita a dinâmica de acolhimento cuidando e sendo cuidado. Em roda, ao som de uma música relaxante e

² Matriz utilizada na Proposta Metodológica para o Planejamento no Sistema de Saúde (TEIXEIRA; VILASBÔAS; JESUS, 2010) <http://www.repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/6722>

sob o comando da fisioterapeuta Fabíola Silva Castro, foram estimulados a massagear e a receber massagem dos colegas de trabalho.

Foto 19– Dinâmica de acolhimento e integração – ‘Cuidando e sendo cuidado’



Fonte: Registro feito pelo grupo de facilitadores do Curso.

A.1 Observações e implicações sobre a dinâmica de acolhimento e integração – ‘Cuidando e sendo cuidado’

A dinâmica alcançou seus objetivos, pois o grupo se entregou e se integrou, demonstrando prazer e alegria ao tocar e ser tocado pelo colega. Todos os participantes, no momento da dinâmica, quiseram participar, mesmo com a orientação de ficarem livres para a adesão. Em meio a muita descontração, risos, brincadeiras e troca de abraços, as atividades do Módulo II foram iniciadas. Em voz alta, alguém declarou: ‘devíamos fazer isso no posto’.

A experiência pedagógica procurou investir nos momentos de integração do grupo, entendendo seu valor no processo de trabalho e de saúde do trabalhador da saúde. A este respeito, Shimizu; Carvalho Junior (2012) evidenciaram que os trabalhadores da ESF percebiam as relações socioprofissionais como fator de grave repercussão sobre o processo saúde doença, considerando nesse bloco a falta de integração no ambiente de trabalho, dentre outros fatores.

B Discussão dos textos indicados para o 1º momento da dispersão

Esse momento foi por nós conduzido, buscando extrair a essência dos textos indicados na primeira atividade da dispersão. Trouxe para a reflexão a comparação entre

às condições de trabalho e de saúde dos trabalhadores da saúde expressos no texto de Assunção (2014) e a realidade vivenciada por eles, bem como o desafio de realizar um trabalho de grupo, partindo do entendimento sobre o que é saúde, trabalho e gestão, inserindo-se individual e coletivamente no contexto de cogestão. Os textos utilizados foram extraídos do Programa de Formação em Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde, (BRASIL, 2011b). O tempo utilizado para a discussão foi de 20 minutos.

B.1 Observações e implicações sobre a discussão dos textos indicados para o 1º momento da dispersão

Alguns participantes não leram todos os textos, justificando o fato pela falta de tempo. Dois deles mostraram um resumo dos textos e na discussão fluíram exemplos do cotidiano vivenciado pelo grupo, que dialogavam com os textos.

C Exposição dialogada – Planejamento Estratégico Situacional: elaboração do Plano de Vigilância em Saúde do Trabalhador da Saúde

Essa exposição foi por nós efetivada de modo complementar à discussão dos textos. Buscou mostrar a importância dos passos, que estavam sendo seguidos desde o primeiro dia, para chegar à elaboração do Plano de Ação em Vigilância em Saúde do Trabalhador da Saúde a ser implantado na UAPS. Ressaltou que o plano não seria formatado como uma ação finalística a ser implantada, mas sim como algo dinâmico, a ser reavaliado, implantado e reconstituído, sempre coletivamente.

O dinamismo do plano foi comparado ao da própria vida. Foi destacada, na exposição, a necessidade de incluir o Plano na rotina da unidade, de maneira programada e institucionalizada, com a participação efetiva dos trabalhadores. Na sequência, foi iniciada a atividade 4.

D Oficina Elaboração de um Plano de Ação de Vigilância em Saúde do Trabalhador da Saúde – 1ª etapa

Essa oficina foi realizada em dois momentos, cada um deles foi conduzido por um facilitador.

D.1 Primeiro momento – ‘Seleção e priorização dos problemas’

Essa oficina foi conduzida pela fisioterapeuta Fabiola Silva Castro, utilizando a matriz de priorização de problemas do Sistema de Saúde – RUF-V. Os participantes permaneceram divididos nos mesmos grupos e com os mesmos facilitadores.

A feitura do Plano de Ação em Vigilância em Saúde do Trabalhador da Saúde fundamentou-se numa proposta metodológica de planejamento estratégico-situacional, tendo sido organizada em quatro momentos: explicativo, normativo, estratégico e o tático-operacional. Esses momentos não são etapas estanques, dado o dinamismo das organizações e ações de saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010; PAIM, 2006; TEIXEIRA; VILASBÔAS; JESUS, 2010)

O momento explicativo no caso dessa experiência pedagógica ocorreu nos dois primeiros encontros, nos quais os problemas foram identificados e explicados, observando ainda os espaços para a ação.

Para iniciar os trabalhos, realizou-se breve retrospectiva das inquietações (dissabores) levantadas pela turma na construção do Muro dos Dissabores e foi aberta a urna com o resultado da enquete (atividades de dispersão), possibilitando a participação dos demais trabalhadores da UAPS, mediante seus registros escritos sobre: ‘O que tira a sua satisfação no cotidiano do seu trabalho, além da questão salarial?’.

Cada participante recebeu duas tarjetas, revisitou o Muro dos Dissabores e transcreveu dois, que considerava mais importantes, e retornou para o grupo. Cada facilitador tinha em mão alguns problemas levantados na enquete realizada na UAPS e entregou para o grupo.

No passo seguinte, os participantes dispuseram os problemas no chão, separaram por semelhanças e selecionaram cinco. Caso não houvesse cinco problemas, poderiam acrescentar outros, se assim pretendessem.

Após a primeira seleção dos problemas, foi avaliado com o grupo se era plausível ou não implantar na UAPS um Plano de Ação em Vigilância em Saúde do Trabalhador da Saúde, que buscasse intervir naquele número de pontos (problemas). Em consenso, o grupo chegou à conclusão de que era inviável.

Para tornar o referido plano viável, cada grupo fez nova filtragem dos problemas que identificaram, utilizando a matriz de priorização de problemas do Sistema de Saúde – RUF-V, desenhada em papel-madeira e com a orientação impressa de como realizar essa atividade, além do apoio do facilitador. O item viabilidade da intervenção

foi incluído na matriz de priorização dos problemas do sistema de saúde em agosto de 2008, na esfera das Oficinas integradas de elaboração do plano estadual de saúde da Bahia (TEIXEIRA; VILASBÔAS; JESUS, 2010).

Os cinco problemas foram fixados na matriz e, democraticamente, cada participante atribuiu uma nota de 0 a 3 sendo (0) baixa (1) significativa, (2) alta, (3) muito alta, para cada um dos quatro critérios estabelecidos na matriz: Relevância - importância do problema para o trabalhador da saúde da UAPS; Prazo/Urgência - tempo necessário para enfrentamento do problema; Factibilidade e Viabilidade - capacidade de intervenção sobre o problema; e Viabilidade - capacidade política, técnica e gerencial para o enfrentamento do problema.

Cada grupo depôs ao chão sua matriz com os dois problemas priorizados, para análise em reunião plenária, na qual foram vistos problemas semelhantes e, em acordo coletivo, fizeram alteração, retirando problemas repetidos e incluindo outros problemas previamente não priorizados. Assim, cada turma (turma I, quinta-feira e turma II, sexta-feira), priorizou seis problemas, totalizando doze.

D.1.1 Observações e implicações sobre o Primeiro momento – ‘Seleção e priorização dos problemas’

Nas reflexões individuais e discussões coletivas, apoiadas na ferramenta da matriz de priorização de problemas do Sistema de Saúde – RUF-V, foram priorizados 12 problemas, que traduziam dissabores aos trabalhadores da UAPS Irmã Hercília Lima de Aragão. O quadro 3 contém os problemas priorizados.

Quadro 3 – Problemas priorizados por turma e por grupos

GRUPOS	PROBLEMAS - TURMA I - 23/08/2018	
GRUPO I	1- Falta de segurança na Unidade Básica	2- Desorganização do planejamento e execução das ações
GRUPO II	1- Ponto sem flexibilidade	2- Desconhecimento do processo produtivo de cada categoria profissional
GRUPO III	1- Desvalorização do profissional frente ao usuário pela gestão.	2- Ausência de equidade na divisão do trabalho dos profissionais.

GRUPOS	PROBLEMAS TURMA II - 24/08/2018	
GRUPO I	1- Divisão desigual das atividades entre profissionais	2- Destrato por usuário ou outro profissional
GRUPO II	1- Falta de segurança no local de trabalho	2- Falta de rodas de planejamento entre gestão e categorias profissionais
GRUPO III	1- Ausência de um local adequado para as refeições, intervalo	2- Pouca percepção do trabalhador sobre sua saúde mental

Fonte: Quadro elaborado por nós, pesquisadora.

A falta de segurança foi um ponto priorizado nas duas turmas, provavelmente pelo contexto que antecedeu a realização dessa experiência pedagógica, período em que houve um aumento de casos de violência na área externa da UAPS, inclusive com o sequestro - relâmpago de uma funcionária, quando saiu para o almoço e a retirada dos vigilantes das UAPS, por decisão na esfera da Secretaria Municipal de Saúde.

Foto 20 – Abertura da urna referente à enquete - o que tira a sua satisfação no cotidiano do seu trabalho, além da questão salarial?



Fonte: Registro feito pelo grupo de facilitadores do Curso.

Foto 21 - Trabalhando em grupo na priorização dos problemas



Fonte: Registro feito pelo grupo de facilitadores do Curso.

Foto 22 – Trabalhando a priorização dos problemas em reunião plenária

PROBLEMA	RELEVÂNCIA	PRAZO URGÊNCIA	FAZIBILIDADE	VIABILIDADE	TOTAL DE PONTOS
1. FALTA DE QUALIFICAÇÃO NA FORMAÇÃO DE TRABALHADORES	15	15	15	15	60
2. FALTA DE EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL PARA OS TRABALHADORES	15	15	15	15	60
3. DESQUALIFICAÇÃO DA PROFISSÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE	15	15	15	15	60
4. AUMENTO E SOBRE CARGA DE TRABALHO	15	15	15	15	60
5. FALTA DE PROTEÇÃO DO TRABALHADOR CONTRA O SOL E O CALOR	15	15	15	15	60
3º Ausência de um local adequado para os refeições	15	15	15	12	57
5º Aumento do Stress dos Trabalhadores	15	15	5	13	48
4º Ausência de um local adequado para o repouso	15	15	13	12	55
1º Insuficiência de insumos que geram violência	15	15	15	15	60
2º Falta de policiamento gera insegurança	15	15	15	15	60

Fonte: Registro feito pelo grupo de facilitadores do Curso.

D.2 Segundo momento - 'Identificação das causas e consequências dos problemas priorizados'

Finalizado o acordo coletivo na priorização dos problemas que afligem os trabalhadores da UAPS, a fonoaudióloga Karolina Aguiar conduziu o grupo para nova formulação do conhecimento, dizendo: 'Bom, gente! Que o problema existe, isso é fato. Mas, porque que ele existe? O que faz ele existir? E quais consequências ele pode trazer, para nós trabalhadores da saúde? Isso é o que precisamos refletir agora'.

A turma foi organizada em semicírculo, voltado para o desenho de um quadro com três colunas. A primeira estava reservada para as causas dos problemas priorizados, ao passo que na segunda foram transcritos os problemas priorizados e, na terceira, o espaço para registrar as consequências.

Na sequência, lemos cada problema priorizado, e perguntamos: 'Por que esse problema existe? - Qual é a causa dele existir?' À medida que iam falando, nós e uma pessoa de apoio iam registrando as respostas produzidas. Da mesma maneira, foi perguntado: 'E que consequências esse problema gera ou pode gerar na sua vida?'. Foram registradas as respostas.

Após completar o quadro houve um momento de revisão, visando a aprimorar a reflexão da turma no que diz respeito às causas de um problema, que, por vezes, podem estar externas ao poder de enfrentamento. Há, entretanto, consequências que talvez possam ser eliminadas, controladas ou minimizadas, por ações interventivas de promoção, prevenção, assistência e vigilância num contexto local. Em resumo, a proposta não foi transformar o mundo do trabalho na saúde, mas sim desenvolver estratégias de intervenção local, que possam eliminar, controlar ou minimizar os dissabores, contribuindo, assim, para melhores condições de saúde e de segurança dos trabalhadores da UAPS no exercício de suas atividades.

D.2.1 Observações e implicações sobre o Segundo momento - 'Identificação das causas e consequências dos problemas priorizados'

Essa oficina deu ensejo a muitas discussões e dúvidas sobre as causas e consequências de alguns problemas, pois o que foi citado como causa de um problema, por vezes, era consequência de um problema ou, até mesmo, um outro problema.

Ao observar o quadro, foi possível evidenciar que não houve referência de causalidade entre o modelo de desenvolvimento econômico neoliberal e os problemas vivenciados no trabalho da APS.

Os participantes mantiveram o olhar focado na UAPS e, assim, exprimiram como fatores causais de seus problemas: a estrutura física (falta de estacionamento, de câmara de segurança e de espaço físico), aspectos ligados às inter-relações dos trabalhadores, usuários e gestora (falta de comunicação e falta de compromisso de alguns profissionais), atitudes da gestão local (hipervalorização das queixas dos pacientes sem a devida apreciação). Apenas um problema - regras inflexíveis no controle do ponto de frequência – foi atribuído à gestão municipal.

A não referência à relação entre o capitalismo financeiro e a precarização no setor saúde pode sinalizar uma limitação desta experiência pedagógica, no que diz respeito ao aporte teórico disponibilizado e à carga horária estabelecida para os encontros. Também pode, entretanto, ter evidenciado como característica desse grupo de trabalhadores, o pouco envolvimento com as discussões políticas, sociais e econômicas na contemporaneidade.

A experiência pedagógica se mostrou relevante em relação aos seguintes aspectos, considerados fundamentais: (i) propiciar a discussão coletiva na identificação e priorização dos problemas vivenciados, na visualização de suas causas, mesmo que no limite de suas percepções, e na conscientização das consequências que repercutem na qualidade do serviço, especialmente acerca da saúde dos trabalhadores da UAPS; e (ii) possibilitar o desenvolvimento de outra visão individual e coletiva sobre a necessidade de intervir nessa realidade com vistas a promover melhores condições de saúde e de segurança dos trabalhadores da UAPS, no exercício de suas atividades.

Concordamos com Padilha (2009) quanto à ideia de que as políticas de promoção de Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) podem funcionar como um paliativo, para amenizar os efeitos da intensificação do trabalho sobre o trabalhador, pois não modificam os pontos estruturais. O mesmo autor, no entanto, salienta que, ao abrir espaço para a identificação das causas dos problemas com suporte na visão dos trabalhadores e gestores, elas têm potencial para se converterem em benefícios para a saúde e a vida deles. Lacaz (2000), discorrendo sobre o mesmo assunto, ancorado em estudos epidemiológicos, considera que as políticas de QVT devem estar sob o controle dos trabalhadores, identificando o que os afeta de modo articulado com a possibilidade de intervenção. O mote do ensaio ora sob relato considera o posicionamento dos autores

citados, tendo inserido os trabalhadores (i) na identificação dos problemas, que, com base nos seus pontos de vista, traziam dissabor, e (ii) na tomada de medidas interventivas, visando gerar benefícios à saúde e à própria vida deles e da gestora. Cabe destacar o fato de que a gestora apoiou a realização desta experiência pedagógica e tomou conhecimento de toda a elaboração do produto no momento da devolutiva.

Algumas adversidades no trabalho evidenciadas na experiência pedagógica confirmam resultados de outros autores que analisaram o trabalho na AB sob outros enfoques. Cezar-Vaz et al (2009), por exemplo, referem-se à dificuldade de resolver os problemas da equipe, considerando que o trabalho ‘não resolutivo’ ou a ‘irresolutividade (sic) do trabalho’ é um risco em si mesmo no trabalho em Saúde da Família. Além disso, a irresolubilidade do trabalho é também um condicionante de outros riscos, estando ligada à organização do trabalho, aos instrumentos de trabalho, bem como às características socioculturais da comunidade (CEZAR-VAZ et al, 2009).

Estudo na Rede Básica de Saúde de Botucatu (SP) identificou alta prevalência de transtornos mentais comuns, associados a fatores de estresse no trabalho, tendo destacado a demanda por intervenções, com vistas à melhoria das condições gerais do trabalho, incluindo ações de apoio social aos trabalhadores (BRAGA; CARVALHO; BINDER, 2010). Em revisão recente da literatura sobre os indicadores de esgotamento profissional em trabalhadores da APS, Garcia e Marziale (2018) apontam a lacuna entre os estudos realizados e a aplicação do conhecimento na prevenção do esgotamento entre os trabalhadores.

Percebe-se que todos os estudos descrevem a importância de mudanças para melhorar o bem-estar físico e mental do trabalhador. No entanto, apenas um artigo trouxe uma potencial ação para prevenir e combater o estresse [...] Grande parte dos profissionais da saúde que atuam em unidades da APS apresenta-se esgotada, apesar da satisfação com o ambiente de trabalho [...] Os estudos realizados são, na maioria, descritivos e impossibilitam a generalização dos dados e não resultam em fortes evidências científicas que embasem a translação do conhecimento na prática e o planejamento e implementação de estratégias para prevenir novos casos de esgotamento profissional nos profissionais da saúde. (GARCIA; MARZIALE, 2018, p. 2475–2476).

Assim, o diferencial da experiência pedagógica realizada foi trazer os trabalhadores da saúde para pensarem sobre seus processos de trabalho na perspectiva da construção coletiva, como agentes sociais imprescindíveis para a mudança; além disso, ter a possibilidade de oferecer, a *posteriori*, um apoio técnico por via do CEREST, em seu papel de matriciador pedagógico, para o acompanhamento da implantação e da

implementação do plano de ação elaborado, como um desdobramento das oficinas, mesmo que esta ação não faça parte dos objetivos desta dissertação.

Nos quadros 4 e 5, que seguem, encerram a síntese das percepções de cada turma sobre as causas e consequências dos problemas identificados pelos seus componentes.

Quadro 4 – Causas, problemas e consequências Turma I

CAUSAS	23/08/2018 PROBLEMAS	CONSEQUÊNCIAS
1- Falta de apoio policial na área. 2- Falta de vigilante na Unidade. 3- Falta de estacionamento. 4- Falta de câmera de segurança. 5- Trabalho noturno.	1-FALTA DE SEGURANÇA NA UNIDADE BÁSICA.	Assaltos, violência física, ansiedade, sequestros, estresse, assédio sexual, fobias, medo, ameaças estupro, roubo de veículos.
1- Falta de comunicação. 2- Gestor incapacitado. 3- Desconhecimento dos processos de trabalho. 4- Falta de espaço Físico. 5- Levar trabalho para casa.	2-DESORGANIZAÇÃO DO PLANEJAMENTO E EXECUÇÃO DAS AÇÕES.	Usuários insatisfeitos, profissionais estressados, violência entre usuários e trabalhadores, desperdício de tempo e material.
1- Regras impostas pela gestão municipal. 2- Local da máquina de ponto inadequado.	1-PONTO SEM FLEXIBILIDADE.	Insatisfação dos profissionais, ansiedade, estresse e exposição indevida pelo local da máquina de ponto.
1-Desvalorização do profissional. 2- Gestor incapacitado. 3- Falta de comunicação. 4- Ausência de Roda de conversa profissionais e gestor. 5- Excesso de demanda.	2-DESCONHECIMENTO DO PROCESSO PRODUTIVO DE CADA CATEGORIA PROFISSIONAL.	Desmotivação, estresse, baixa estima e problemas mentais.
1- Falta de humanização para com o trabalhador da saúde, 2- Falta de profissionalismo. 3- Falta de comunicação. 4- Hipervalorização das queixas dos pacientes sem a devida apreciação.	1- DESVALORIZAÇÃO DO PROFISSIONAL FRENTE AO USUÁRIO PELA GESTÃO.	Adoecimentos do trabalhador da saúde, assédio moral e desmotivação.
1- Falta de planejamento da unidade; 2- Falta de compromisso de alguns profissionais	2- AUSÊNCIA DE EQUIDADE NA DIVISÃO DO TRABALHO DOS PROFISSIONAIS.	Desmotivação, angústia, estresse, insônia e estafa.

Fonte: Quadro elaborado por nós, pesquisadora.

Quadro 5 – Causas, problemas e consequências Turma II

CAUSAS	24/08/2018 PROBLEMAS	CONSEQUÊNCIAS
1- Acumulo de função. 2- Falta de treinamento.	1- DIVISÃO DESIGUAL DAS ATIVIDADES ENTRE PROFISSIONAIS.	Estresse, discórdia, cobrança excessiva e desmotivação.
1- Frustração do usuário. 2- Falta de conhecimento da dinâmica de trabalho. 3- Informações desencontradas. 4- Estrutura da unidade.	2- DESTRATO POR USUÁRIO OU OUTRO PROFISSIONAL.	Estresse, violência verbal e física, falta de respeito e indiferença entre colegas de trabalho.
1- Violência urbana. 2- Ausência profissional segurança. 3- Ausência de Câmaras de segurança.	1- FALTA DE SEGURANÇA NO LOCAL DE TRABALHO.	Assalto, ameaças e sequestros.
1- Dificuldade de reunir o grupo todo.	2- FALTA DE RODAS DE PLANEJAMENTO ENTRE GESTÃO E CATEGORIAS PROFISSIONAIS.	Falta de conhecimento da dinâmica do trabalho do outro e sobrecarga de trabalho.
1- Falta de prioridade.	1- AUSÊNCIA DE UM LOCAL ADEQUADO PARA AS REFEIÇÕES E INTERVALO.	Falta de cumprimento da lei (1h de intervalo para quem trabalha 40 horas).
1- Não reconhecimento de si. 2- Não adesão aos programas existentes na unidade. 3- Falta de tempo.	2- POUCA PERCEPÇÃO DO TRABALHADOR SOBRE SUA SAÚDE MENTAL.	Estresse, adoecimento e absenteísmo.

Fonte: Quadro elaborado por nós, pesquisadora.

E Explicação das atividades da dispersão

A explicação da atividade da dispersão foi feita, por nós. Foram programadas duas tarefas. A primeira consistia na realização de uma nova enquete, com o objetivo de envolver ao máximo os trabalhadores da UAPS nas discussões e formulação do plano. Para tanto, foi usada a pergunta: **Qual ou quais ações você implantaria na UAPS, para melhorar a saúde dos trabalhadores da saúde?** As respostas foram para a urna (fornecida pelo curso) sem identificação do trabalhador. A segunda tarefa, voltada para subsidiar as das ações do plano, consistia na leitura dos seguintes textos: *Diretrizes para o desenvolvimento de ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador pelas equipes da Atenção Básica/Saúde da Família*, (DIAS et al., 2016); *Diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do Sistema Único de Saúde*, instituída no Protocolo MNNP-SUS nº 008 de 2011 (BRASIL, 2011c) e o *Estatuto do Servidor Público Municipal*, com base em trechos por nós selecionados, relativos ao conceito de acidente de trabalho e direitos dos trabalhadores.

F Momento de ouvir o ajuizamento dos participantes em relação ao Curso – observações e implicações para nós os facilitadores

Como última atividade desse encontro presencial, foi facultada a palavra aos participantes, para ajuizamento do encontro e das atividades da dispersão.

No depoimento dos participantes que se dispuseram a falar, o módulo II foi considerado satisfatório.

‘[...] esse módulo não mexeu com as emoções, mas terminou mexendo, né?’

‘[...] a forma de escolher os problemas foi bem interessante.’

‘[...] pensar na causa do problema é mais difícil que pensar na consequência, pur qui ela a gente sente.’

‘[...] o lanche também foi ótimo, estão de parabéns... tudo muito ótimo.’

Mediante os depoimentos e a manifestação de interesse de continuar participando do curso, consideramos o módulo validado para futuras aplicações.

5.5.3 Módulo III – *Elaboração do Plano de Ação de Vigilância de Saúde do Trabalhador da Saúde –2ª etapa*

SÍNTESE DO MÓDULO

Data: 30/8/2018 à tarde (turma 1) e 31/8/2018 de manhã (turma 2).

Objetivo geral: formular coletivamente o Plano de Ação em Vigilância em Saúde do Trabalhador da Saúde

Objetivos de aprendizagem: (i) elaborar o Plano de Ação de Vigilância em Saúde do Trabalhador da Saúde, segundo o modelo padrão da SMS-Fortaleza; (ii) identificar os atores sociais necessários ao desenvolvimento do plano; (iii) identificar os riscos nos setores/espços da UAPS passíveis de causar acidentes e ou doenças nos trabalhadores da saúde; (iv) conhecer as diretrizes da Agenda Nacional para o Trabalho Decente para Trabalhadores e Trabalhadoras do SUS; e (v) conhecer a classificação dos riscos ocupacionais, com vistas a identificá-los na UAPS.

Estratégias de ensino-aprendizagem: a dinâmica de acolhimento e integração ‘o despertar da criatividade e da responsabilidade de criança que há em nós’; a discussão dos textos recomendados nas atividades da dispersão; exposição dialogada e a oficina Elaboração do Plano de Ação de Vigilância em Saúde do Trabalhador da Saúde –2ª etapa, com vistas à melhoria das condições de saúde e de trabalho na UAPS, independentemente do cargo, função ou vínculo empregatício.

Carga horária: 12 horas, sendo quatro de atividades presenciais e oito de trabalhos desenvolvidos na UAPS.

Temas abordados: Planejamento Situacional em Saúde; Promoção da Saúde do Trabalhador do Sistema Único de Saúde- SUS.

Ao final, foi solicitado parecer dos discentes sobre a metodologia e a condução do módulo por meio de depoimentos verbais.

5.5.3.1 *Atividades realizadas e respectivas observações e implicações*

A Dinâmica de acolhimento e integração – ‘O despertar da criatividade e da responsabilidade de criança que há em nós’

Essa dinâmica foi conduzida pelo psicólogo Eliezete Pereira de Queiroz utilizando o recurso audiovisual disponível no *Youtube* ‘toquinho aquarela’. O objetivo da dinâmica foi levar o grupo a relembrar as brincadeiras da infância, despertar o desejo de criar e de se responsabilizar pela criação.

Em semicírculo, os participantes assistiram ao vídeo, intercalado pela fala do psicólogo, que tinha como objetivo conduzir o processo de lembranças, e, em paralelo, de reflexão sobre o papel de cada um, no que estava sendo constituído por todos e para todos.

Durante a exibição do vídeo, alguns começaram a cantar e a rabiscar, enquanto outros ficaram parados. No final o facilitador da dinâmica abriu espaço para discussão, perguntando: - o que tem a ver esse vídeo com o objetivo desse nosso módulo?

Foto 23 – Recurso audiovisual usado na dinâmica de acolhimento e integração – ‘O despertar da criatividade e da responsabilidade de criança que há em nós’



Fonte: Registro feito pelo grupo de facilitadores do Curso.

A.1 Observações e implicações sobre dinâmica de acolhimento e integração – ‘O despertar da criatividade e da responsabilidade da criança que há em nós’

Em resposta à pergunta do facilitador, houve breve silêncio e depois algumas pessoas se manifestaram. O grupo ficou dividido. Alguns disseram haver lembrado da infância e não fizeram nenhuma relação com o módulo, porém, outros entenderam que o vídeo despertava para a necessidade de ser criativo e ousado como as crianças, para construir o plano.

‘[...] entendi, que do jeito que mostra no vídeo, temos que fazer as coisas acontecer com o mínimo de condição...é como se a gente só tivesse um pingo de tinta pra fazer’.

A proposta interventiva produzida com esteio na experiência pedagógica de fato, não irá resolver todos os problemas envolvidos no desenvolvimento das atividades da UAPS. A depender, no entanto, do envolvimento e criatividade dos trabalhadores que

participaram do curso, pode ser considerada um pingo de tinta no pincel de impetuosos artistas.

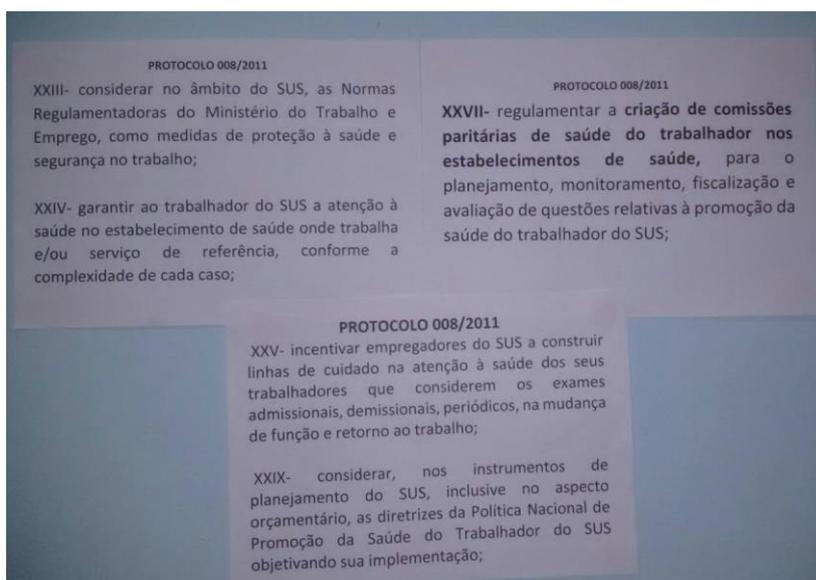
B Discussão dos textos indicados no 2º momento da dispersão

Esta foi uma ocasião por nós conduzida, buscando trazer para o grupo a possibilidade de aplicar, na feitura do plano, alguma diretriz já validada, tornando-o mais consistente para os prováveis momentos de negociação com os gestores e controle social. Os textos utilizados foram indicados no módulo II, no item ‘*Explicação das atividades da dispersão*’. O tempo utilizado para a ação foi de 20 minutos.

B.1 Observações e implicações sobre a discussão dos textos indicados no 2º momento da dispersão

À semelhança do módulo anterior, nem todos os participantes tinham lido todos os textos. Buscando fomentar uma discussão mais participativa sobre o material, mesmo que alguns não tivessem feito a leitura prévia, foram fixadas nas paredes algumas placas com pontos-chave dos textos. Ao entrarem no auditório, os participantes foram estimulados a ler as placas, pontuando alguma dúvida ou fazendo algum destaque que achassem pertinente. Essa estratégia favoreceu bastante a discussão.

Foto 24 – Placas com Diretrizes - Protocolo 008/2011



Fonte: Registro feito pelo grupo de facilitadores do Curso.

C Exposição dialogada - Como chegamos, onde estamos e para onde pretendemos ir

Essa atividade também foi realizada por nós, fazendo a retrospectiva das atividades do primeiro e do segundo encontros, trazendo os aspectos de adoecimentos dos trabalhadores da UAPS, citados pela gestora, quando buscou o serviço do CEREST, inclusive o caso da trabalhadora que faleceu por câncer de colo uterino.

A exposição dialogada finalizou lançando perguntas, na tentativa de provocá-los a uma maior reflexão e mais responsabilização: - Será que esses casos poderiam ter sido evitados? Será que existem outros trabalhadores na UAPS que estão necessitando de atenção à saúde? O serviço tem alguma responsabilidade sobre estes casos? O que fazer com a situação encontrada? Deixar para lá? Manter a invisibilidade dos fatos? Ou investir na mudança da realidade? O tempo utilizado para a exposição foi de 15 minutos.

Foi perceptível o retorno da exposição dialogada. Relembrar amigos adoecidos e até os que já partiram deu a eles mais sentido sobre a ação que estavam desenvolvendo. Para Morin et al (2008), há sentido no trabalho quando este envolve responsabilidade não apenas no ato operativo, mas também no que está sendo produzido, nas consequências que vai ocasionar, e assim ser percebido pelos seus protagonistas como algo útil para outros.

D Oficina Plano de Ação em Vigilância em Saúde do Trabalhador da Saúde – elaboração 2ª etapa

O objetivo dessa oficina foi elaborar o Plano de Ação em Vigilância em Saúde do Trabalhador da Saúde da UAPS Irmã Hercília Lima de Aragão, adotando a planilha-padrão da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza em seus planejamentos.

Os trabalhos foram conduzidos pela fonoaudióloga Karolina Rebouças Aguiar. Os participantes permaneceram nos mesmos grupos e com os mesmos facilitadores.

Em trabalho prévio, tendo por base o plano de ação do CEREST, e os problemas priorizados no módulo anterior, nós e os facilitadores elaboramos a diretriz, o objetivo, a meta e o indicador geral, a serem privilegiados na produção do plano. Esses

elementos foram digitados na planilha de planejamento normalmente usada pela Secretaria Municipal de Saúde, que chamamos de padrão da SMS (ver figura 01). Para validar o preenchimento da planilha, antes de iniciar a oficina, os elementos elaborados foram mostrados aos participantes, explicando o processo e abrindo espaço para contribuições e até mesmo reformulação, se achassem necessário.

A urna da enquete realizada na UAPS foi aberta e as respostas distribuídas nos grupos, que leram, reuniram as ideias semelhantes e separaram conforme o problema de referência. O tempo disponibilizado para essa atividade foi de cinco minutos.

Cada grupo recebeu planilhas contendo os seis problemas priorizados no módulo anterior. Os participantes foram orientados a trabalhar inicialmente em relação aos dois problemas priorizados pelo grupo, elaborando até três ações interventivas, para cada um com as respectivas metas programadas, indicadores, fontes de verificação, insumos necessários, prazos, responsáveis e parceiros. De modo coletivo, e com o apoio dos facilitadores, cada grupo realizou sua atividade e entregou as planilhas para digitação. O tempo estabelecido para a atividade foi de 60 minutos.

Na sequência, visando a conceder aos participantes a oportunidade de pensar e agir sobre o todo, foram orientados a ler os outros problemas, e, em acordo coletivo, propor outras ações interventivas, lembrando-se, sempre, de rever as contribuições registradas na enquete.

Nesse encontro, os participantes não quiseram intervalo. Os facilitadores serviram o lanche nos grupos. Esse engajamento corrobora a observação de Morin et al (2008), quando assinalam que as pessoas estão mais interessadas no trabalho que os faça perceber-se como pessoas e participar de um trabalho comum. A figura que se segue traz a planilha utilizada na elaboração do Plano de Ação.

Figura 01– Modelo da Planilha utilizada para a formulação do plano de ação – Padrão SMS



Prefeitura de
Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde

**UAPS Irmã
Hercília
Lima Aragão**

PLANO DE AÇÃO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR DA SAÚDE – UAPS IRMÃ HERCÍLIA- 2018/2019 - (SEXTA-FEIRA)

DIRETRIZ – FORTALECIMENTO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE PARA OS TRABALHADORES E TRABALHADORAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.

OBJETIVO 1- Desenvolver as ações de vigilância, promoção e assistência à saúde do (a) trabalhador (a) da Unidade de Atenção Primária Irmã Hercília, independentemente do vínculo ou categoria profissional.

META I – Implantação de 50% das ações programadas no plano até 2019

INDICADOR – Número de ações implantadas por número de ações programadas

PROBLEMA DE REFERÊNCIA - 1- FALTA DE SEGURANÇA NA UNIDADE BÁSICA

Ação programada	Meta programada	Indicador	Fonte de verificação	Insumos necessários	Prazo	Responsável	Parceiros
1-							
2-							
3-							

Fonte: Figura elaborada por nós, pesquisadora.

D.1 Observações e implicações sobre a oficina Plano de Ação em Vigilância em Saúde do Trabalhador da Saúde – elaboração 2ª etapa

Essa oficina deu prosseguimento ao planejamento estratégico-situacional com vistas à elaboração do plano, realizando parte do momento normativo. Segundo Paim (2006), o momento normativo é um dos quatro instantes fundamentais. Quando se admite o planejamento como um processo, ele corresponde à elaboração do que deve ser feito. Destarte, aqui foram elaboradas as ações, estabelecidas suas metas, indicadores, fontes de verificação, insumos necessários, pactuados prazos, responsáveis e parceiros. Após a finalização das atividades em grupo, as planilhas foram digitadas. Não houve, porém, tempo para condensar coletivamente a produção das duas turmas, e sintetizar um Plano de Ação em Vigilância em Saúde do Trabalhador da Saúde a ser implantado na UAPS Irmã Hercília Lima de Aragão.

Assim, mediante a impossibilidade de ampliar o número de encontros, e em acordo com o grupo coube-nos a missão de fazer os ajustes necessários, com vistas à unificação do plano. Concluída a atividade, enviamos a produção para o *e-mail* dos participantes, que tomaram conhecimento e puderam fazer suas análises antes do último encontro presencial.

E Explicação das atividades da dispersão

A explicação da atividade da dispersão foi feita por nós, tendo sido programadas duas tarefas. A primeira corresponde a uma ação de inspeção, na qual cada grupo deveria escolher pelo menos um local na UAPS e identificar os riscos do ambiente. Não foi exigida padronização na apresentação desse trabalho, porém foi estipulado tempo máximo de dez minutos. O objetivo da atividade foi qualificar a visão dos profissionais da saúde para os riscos ambientais da UAPS.

A segunda atividade foi a leitura dos seguintes textos, para as discussões de encerramento do curso: *Aspectos psicodinâmicos da relação homem - trabalho: as contribuições de C. Dejours* (MENDES, 1995), *Entre o desespero e a esperança: como reencantar o Trabalho?* (DEJOURS, 2009) e o *Protocolo MNNP – SUS nº 009 de 2015* (BRASIL, 2015).

F Momento de ouvir o ajuizamento dos participantes em relação ao Curso – observações e implicações para nós os facilitadores

Como última atividade, foi facultada a palavra aos participantes, para avaliarem o encontro e as atividades da dispersão.

O módulo III foi considerado satisfatório. As falas se repetiram elogiando o acolhimento, a dinâmica dos trabalhos e a integração do grupo, porém uma fala chamou a atenção:

‘[...] esse curso me deixou triste, as vezes fico em casa pensando em tudo que discutimos aqui... e fico triste... parece que eu não percebia os problemas..., mas está sendo muito bom’.

Esse discurso transita entre o antes e o depois, faz referência ao viver sem perceber, e o descobrir-se na e para a vida. Lembra Paulo Freire (1999): “No ato de discernir, porque existe² e não só vive, se acha a raiz, por outro lado, da descoberta de sua temporalidade, que ele começa a fazer precisamente quando, varando o tempo, de certa forma então unidimensional, atinge o ontem, reconhece o hoje e descobre o amanhã” (FREIRE, 1999, p. 40–41). Lembra a Educação como prática da liberdade, enfim, valida a experiência pedagógica como uma estratégia capaz de instrumentalizar trabalhadores e trabalhadoras da Atenção Primária à Saúde na constituição de um plano de ação em vigilância em saúde do trabalhador plausível de implantação em seu local de trabalho, - objetivo central do estudo. Além disso, valida a experiência pedagógica desenvolvida como um momento de prática habilitada a mobilizar e transformar.

5.5.4 Intervalo dos módulos III e IV – atividades realizadas por nós, como pesquisadora

Nos Módulos III e IV houve um espaço temporal de 14 dias, em razão do feriado de 7 de setembro, período utilizado por nós, para analisar os planos produzidos por parte de cada grupo das duas turmas com a missão de fazer os ajustes necessários, com vistas a unificação do plano, seguindo o acordo feito com os participantes e facilitadores no Módulo III.

Este exercício de unificação fez uso de algumas técnicas da Análise de Conteúdo, de Laurence Bardin. Para essa autora, a Análise de Conteúdo é “[...] um conjunto de técnica de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens.” (BARDIN, 2016, p. 23).

Na prática, para unificar o material produzido, foram seguidos os três polos das fases de Análise de Conteúdo de Laurence Bardin, a saber, a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados (BARDIN, 2016).

A pré-análise visou à organização do material, e para tanto, foi feita a leitura das planilhas. Em seguida, procedeu-se a exploração do material, que separou o produto por similitudes, e, por fim, o tratamento dos resultados, feito por inferência e interpretação, no caso, com base na codificação dos problemas priorizados. Para Bardin (2016) “A intensão da análise de conteúdo é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção (ou, eventualmente de recepção) inferência esta que recorre a indicadores (quantitativos ou não) (BARDIN, 2016, p. 23)

A fase exploratória exigiu muita atenção e tempo. Nela, as planilhas digitadas com as respectivas originais foram exaustivamente lidas, buscando possíveis semelhanças entre os problemas priorizados. Nesse processo exploratório do material produzido, foi possível separar os problemas priorizados e as respectivas ações em blocos temáticos.

A codificação dos problemas priorizados (A, B, C e D) foi feita por dedução, levando em conta o que estava escrito e outros registros da elaboração. Essa fase pode ser comparada ao terceiro critério de organização para a Análise de Conteúdo ‘tratamento dos resultados’ que de modo prático, foi se desenvolvendo junto à divisão do material, por categoria.

Bardin (2011) apresenta os critérios de categorização, ou seja, escolha de categorias (classificação e agregação). Categoria, em geral, é uma forma de pensamento e reflete a realidade, de forma resumida, em determinados momentos [...] No processo de escolha de categorias adotam-se os critérios semântico (temas), sintático (verbos, adjetivos e pronomes), léxico (sentido e significado das palavras – antônimo ou

sinônimo) e expressivo (variações na linguagem e na escrita). (SANTOS, 2012, p. 386).

Os ajustes procedidos no sentido da unificação do plano adotaram na categorização o critério semântico, dividindo-se os problemas priorizados em quatro blocos temáticos, conforme demonstrado no Quadro 6.

Quadro 6 - Agrupamento dos problemas priorizados para intervenção, por blocos temáticos

Blocos Temáticos	Problemas agrupados
A Falta de segurança na UAPS.	1- Falta de segurança na Unidade Básica.
B Falta de planejamento e cogestão.	1-Falta de rodas de planejamento entre gestão e categorias profissionais. 2-Desorganização do planejamento e execução das ações. 3-Desconhecimento do processo produtivo de cada categoria profissional. 4-Divisão desigual das atividades entre profissionais. 5-Ausência de equidade na divisão do trabalho dos profissionais.
C Não valorização dos trabalhadores da saúde (UAPS).	1- Desvalorização do profissional perante o usuário pela gestão. 2- Destrato por usuário ou outro profissional. 3-Ausência de um local adequado para as refeições, intervalo. 4-Falta de flexibilidade no registro do controle da assiduidade do trabalhador e exposição desnecessária do trabalhador no momento de registrar o ponto.
D Necessidade de cuidar da saúde do trabalhador da saúde	1- Pouca percepção do trabalhador da saúde sobre sua saúde, inclusive com a saúde mental.

Fonte: Quadro elaborado por nós, pesquisadora.

Ainda no tratamento dos resultados, comparamos as propostas das ações interventivas, objetivando sintetizá-las, com suporte na apuração de possíveis pontos de unificação ou de semelhanças entre elas. Também procedemos a ajustes e correções na redação das propostas.

Na sequência, foram digitados, por blocos temáticos, os problemas priorizados com as respectivas ações interventivas na planilha-padrão de planejamento da Secretaria Municipal de Saúde, e enviada por *e-mail* para os participantes, no dia 07 de setembro de 2018.

Para facilitar o entendimento do leitor sobre o tratamento dos resultados, o quadro 7 descreve os passos metodológicos realizados em relação ao Bloco B - Falta de planejamento e cogestão. O bloco agrupou cinco problemas priorizados com suas dez ações interventivas propostas. Ficou evidente, nesse bloco, que a necessidade de realizar planejamento conjunto com a gestão se repetia, mesmo que com propósitos diferentes. Sendo assim as ações de intervenção foram agrupadas com nova redação, sendo reduzidas de 10 para 3, conforme quadro que segue.

Quadro 7 – Bloco Temático B - Falta de Planejamento e Cogestão - Problemas Priorizados, Ações Interventivas Propostas e Ações Interventivas Condensadas.

Problemas priorizados pelas duas turmas	Ações interventivas propostas pelas duas turmas	Ações interventivas condensadas pela pesquisadora
1- Falta de rodas de planejamento entre gestão e categorias profissionais.	1-Realização da roda de conversa para programar e balancear o que ocorreu. 2-Sensibilização dos profissionais e da gestão para a importância da roda de gestão. 3-Disponibilizar horários para a realização de rodas de planejamento, por categorias e equipes da ESF.	1-Realização de reunião dialógica (roda de cogestão), para planejamento e avaliação das atividades desenvolvidas por categorias e equipes da ESF, bem como um momento de troca de conhecimentos sobre os processos produtivos de cada categoria profissional, com horário firmado na agenda da UAPS. Utilizando um horário de Educação Permanente por mês.
2- Desorganização do planejamento e execução das	1- Realização de roda de conversas com os servidores e gestor.	
3- Desconhecimento do processo produtivo de cada categoria profissional.	1- Reunião dialógica (roda de cogestão), utilizando o horário de educação permanente, para promover esclarecimento dos processos produtivos de cada categoria profissional.	
4- Divisão desigual das atividades entre profissionais	1-Capacitação dos profissionais no sistema, para que haja a divisão justa dos trabalhos. 2-Solicitação, via ofício, para realização de capacitação, quanto ao uso do FAST MEDIC. 3-Propor uma oficina para a discussão das competências de categoria ESF, fortalecendo a gestão para a distribuição igualitária das ações e das responsabilidades.	2-Envio de ofício para a Célula de Informação e Análise solicitando capacitação no FAST MEDIC, para os trabalhadores da UAPS.

5- Ausência de equidade na divisão do trabalho dos profissionais	1- Realização de reunião mensal de cada equipe com a gestora, para planejamento das ações. 2- Roda de gestão com todas as equipes da unidade trimestralmente.	3-Capacitação para o manuseio do sistema FAST MEDIC, para os profissionais da UAPS.
---	--	---

Fonte: Quadro elaborado por nós, pesquisadora.

Vale reafirmar que o de Plano de Ação de Vigilância em Saúde do Trabalhador da Saúde da UAPS Irmã Hercília Lima de Aragão não foi finalizado por nós e sim organizado tendo por base a Análise de Conteúdo, de Laurence Bardin (SANTOS, 2012, BARDIN, 2016).

Figura 02 - Transcrição do *e-mail* enviado para os participantes com o plano condensado em anexo

Plano de ação construído nas oficinas

Caixa de entrada

sex, 7 de set de 2018 16:09

Vania Loureiro <vaniamaloureiro@gmail.com>

Diversos destinatários

Boa tarde, desejo que esse feriado e o final de semana sejam cheios de paz e alegria, para nós.

Em anexo estou disponibilizado o plano de ação que está em construção nas oficinas. Ele foi organizado em 4 blocos (A, B, C, D), por semelhança de problemas e ações de intervenção.

Gostaria que todos olhassem o que foi construído, no próximo encontro iremos tentar agrupar ações, a fim de tornar o plano mais factível de implantação.

Nosso último encontro, enquanto curso, será nos dias 13 e 14 de setembro, seria ideal que todos comparecessem. Depois desse encontro iremos dar continuidade ao processo de trabalho para a implantação do plano, porém em nível de serviço, tendo o CEREST como apoiador matricial.

Lembrando que o turno da tarde (quinta-feira 13/09) começa às 13:15 todo mundo deve estar em sala e no turno da manhã (sexta-feira 14/09) começa às 08:15 todo mundo deve estar em sala.

Até lá.

Um abraço verde e amarelo cheio de esperança...

Área de anexos

5.5.5 Módulo IV– Fim da elaboração do Plano de Ação de Vigilância em Saúde do Trabalhador da Saúde da UAPS Irmã Hercília Lima de Aragão

SÍNTESE DO MÓDULO

Data: 14/9/2018 à tarde (turma 1) e 15/9/2018 de manhã (turma 2).

Objetivo geral: Conhecer a opinião dos participantes sobre a validade ou não dessa Experiência Pedagógica (o curso), para instrumentalizar trabalhadores e trabalhadoras da Atenção Primária à Saúde na construção de um plano de ação em vigilância em saúde do trabalhador plausível de implantação em seu local de trabalho, objetivo central do estudo.

Objetivos de aprendizagem: (i) ajustar o produto construído e validar, para iniciar o processo de implantação; (ii) entender o papel do (a) trabalhador (a) da saúde na saúde e segurança dos (as) trabalhadores (as) da saúde; e (iii) registrar a opinião sobre o curso e acerca da auto-participação mediante preenchimento do instrumento impresso.

Estratégias de ensino-aprendizagem: Dinâmica de acolhimento e integração – ‘Calma para o corpo, a alma e o espírito, para trilhar novos caminhos’; Apresentação da atividade da dispersão: identificação dos riscos no ambiente da UAPS (em pelo menos um setor ou local); exposição dialogada - Consolidação do Plano de Ação de Vigilância em Saúde do Trabalhador da Saúde UAPS Irmã Hercília Lima de Aragão; Oficina ‘Detalhamentos da execução do Plano de Ação em Vigilância em Saúde do Trabalhador da Saúde da UAPS Irmã Hercília Lima de Aragão’; e Momento da divulgação e sensibilização sobre a questão do suicídio – Setembro Amarelo.

Carga horária: 4 horas em atividades presenciais

Temas abordados: Planejamento Situacional em Saúde; Promoção da Saúde do Trabalhador do Sistema Único de Saúde- SUS.

Ao final, foi solicitado parecer dos discentes sobre a metodologia e a condução do módulo por meio de depoimentos verbais e pesquisa de opinião impressa.

5.5.5.1 Atividades realizadas e respectivas observações e implicações

A. Dinâmica de acolhimento e integração – ‘Calma para o corpo, a alma e o espírito, para trilhar novos caminhos’

Essa dinâmica foi conduzida pelo psicólogo Eliezete Pereira de Queiroz, utilizando o recurso audiovisual Hallelujah (violin/flute/saxofone cover) – Ana Trio disponível no *Youtube*. O objetivo da dinâmica foi agregar ainda mais o grupo, para o fortalecimento da consciência coletiva em prol da melhoria das condições de saúde e de trabalho na UAPS, independentemente do cargo, função ou vínculo empregatício.

A sala para receber os participantes estava climatizada e com pouca luz. À medida que chegavam, iam sendo recepcionados por nós e os facilitadores, e sentavam-se em semicírculo.

O Psicólogo pediu que, se sentassem confortavelmente na cadeira, deixando os pertences na cadeira de apoio e prestassem atenção ao vídeo.

Durante a exibição, o Psicólogo fez algumas intervenções verbais, estimulando-os a perceberem a conexão do vídeo com o trabalho desenvolvido. No vídeo uma violonista, em cima de uma pequena duna, iniciou sozinha seu ato de gratidão, Em seguida, a flautista surgiu do mar na mesma sintonia; em instantes, um jovem, que jogava pedras ao mar, também foi tocado e, com seu sax, ingressou na mesma harmonia. No final, os três formaram elos com braços e tornaram-se uma só corrente, pequena, mas disposta a caminhar independentemente dos tropeços.

Finalizado o vídeo, as luzes foram ligadas, e o facilitador facultou a palavra aos participantes, lançando duas perguntas: qual sentimento veio a sua mente ao ouvir essa música? Você percebeu alguma relação do vídeo com a nossa proposta de trabalho? O tempo estabelecido para essa dinâmica foi de dez minutos, considerando quatro minutos para a exibição do vídeo.

A.1 Observações e implicações sobre a dinâmica de acolhimento e integração – ‘Calma para o corpo, a alma e o espírito, para trilhar novos caminhos’

Embora com pouco tempo para socializar os sentimentos e explorar a relação do vídeo com a proposta de implantação do Plano de Ação em Vigilância em Saúde do Trabalhador da Saúde da UAPS Irmã Hercília lima de Aragão, a dinâmica foi bem participativa e agregou o grupo para dar continuidade às atividades propostas para o último encontro.

Os sentimentos relatados foram de fé, gratidão, tristeza, alegria e paz. Quanto à relação do vídeo com a proposta de trabalho, os participantes perceberam a necessidade de trabalhar em equipe, esquecendo os cargos, funções e títulos acadêmicos e ser só uma equipe. Morin et al (2008) afirmam que o trabalho que faz sentido é aquele acontecido num contexto no qual haja respeito aos valores humanos, num ambiente de justiça, equidade e dignidade. Já as situações em que a gestão e a organização favorecem ‘todos para si mesmos’ promovem efeitos devastadores no clima de trabalho e nas relações entre os trabalhadores. Em sintonia com o pensamento das autoras, a experiência pedagógica buscou estimular os participantes a trilharem sempre o caminho do comprometimento e desenvolvimento coletivo.

B. Apresentação da atividade de dispersão: Identificação dos riscos no ambiente da UAPS (em pelo menos um setor ou local)

Não houve interferência ou indicação, por parte do Curso, sobre o setor ou local no qual seria realizada a atividade de identificação dos riscos no ambiente de trabalho. Porém vale ressaltar que eles não produziram, nem foram orientados a produzir, o tradicional mapa de risco, comum na saúde ocupacional.

Cada grupo exibiu a sua análise de modo também livre, tendo tempo máximo de exposição de dez minutos.

B.1 Observações e implicações sobre a apresentação da atividade da dispersão

Os participantes mostraram-se muito conscientes dos riscos ambientais, bem como do pouco investimento da gestão no que se refere à melhoria das condições de trabalho.

Cezar-Vaz et al (2009) ressaltam que os riscos na dinâmica do trabalho da Saúde da Família podem ser percebidos de variadas maneiras, incluindo situações que extrapolam a visão tradicional dos riscos (físico, químico, ergonômico, biológico e de acidente), bem como das estratégias para eliminação, controle e monitoramento destes.

O grupo que levantou os riscos da Odontologia ressaltou a falta de uma política municipal para o recolhimento dos resíduos de amálgama, pois, mesmo tendo se reduzido com o uso das cápsulas, o risco de contaminação com mercúrio (metal pesado) ainda existia.

Consideramos que o objetivo da atividade - qualificar o olhar dos profissionais da saúde para os riscos ambientais presentes na UAPS - foi alcançado.

Foto 25- Apresentação dos riscos nos ambientes de trabalho



Fonte: Registro fotográfico feito pelo grupo de facilitadores do Curso.

C. Exposição dialogada - Consolidação do Plano de Ação de Vigilância em Saúde do Trabalhador da Saúde UAPS Irmã Hercília Lima de Aragão

Mesmo tendo enviado o Plano de Ação de Vigilância em Saúde do Trabalhador da Saúde da UAPS Irmã Hercília Lima de Aragão unificado para o *e-mail* dos participantes, a fim de que fossem feitas as observações e análises antes da discussão final para validação, percebemos a necessidade de uma condução mais didática na finalização do curso. Assim, optamos pela reapresentação numa exposição dialogada, antes de retomar as outras atividades propostas para o último encontro.

Na apresentação, procedemos a uma retrospectiva de cada módulo do curso, relembando o objetivo geral e o que foi produzido em cada um deles.

No módulo IV, além do objetivo geral, e as duas outras atividades que estavam programadas, expusemos o plano unificado e organizado na planilha-padrão usada nos planejamentos da Secretaria Municipal de Saúde.

À medida que o plano foi sendo mostrado, os participantes se manifestaram, fazendo os ajustes ou validando a produção. A facilitadora Karolina Aguiar anotou os ajustes requeridos em um plano impresso.

Na sequência, os participantes se reorganizaram em seus grupos com os mesmos facilitadores para a realização da última Oficina.

C.1 Observações e implicações sobre a Exposição dialogada - Consolidação do Plano de Ação de Vigilância em Saúde do Trabalhador da Saúde UAPS Irmã Hercília Lima de Aragão

Com a exposição dialogada, ficou mais fácil ajustar e validar o plano unificado, bem como o entendimento dos participantes sobre a importância de detalhar a execução do plano (na oficina seguinte), para a sua implantação na unidade.

D. Oficina – Detalhamentos da execução do Plano de Ação em Vigilância em Saúde do Trabalhador da Saúde da UAPS Irmã Hercília Lima de Aragão

Conduzida por nós, com a ajuda dos facilitadores, a Oficina envolveu dois objetivos. O primeiro foi o de detalhar a execução das atividades interventivas, visando a facilitar a implantação, ao passo que o segundo foi estimular, entre eles, a formação de um grupo menor, responsável por conduzir a implantação do plano na UAPS. Esse grupo foi chamado de ‘Comissão de Saúde do Trabalhador da Saúde da UAPS Irmã Hercília Lima de Aragão’.

Perseguindo o primeiro objetivo, foram entregues para cada grupo um Bloco Temático do Plano na planilha-padrão da SMS, bem como uma planilha 5W3H, contendo apenas as ações interventivas propostas digitadas.

A ferramenta 5W3H teve origem no Japão, na indústria automobilística com foco na qualidade total. Considera os seguintes aspectos: *What* (o que deve ser feito), *Why* (por que), *Who* (quem o fará), *When* (em que período de tempo), *Where* (em que área da instituição), *How* (como irá desenvolver), *How much* (qual o custo) e *How measure* (indicador) (CALEMAN et al., 2016). Escolhemos essa ferramenta por possibilitar a inferência de maior responsabilização aos participantes, no que diz respeito a sua implantação.

Os trabalhos foram iniciados nos grupos com a orientação dos respectivos facilitadores. Cada grupo discutiu, consensuou e preencheu a planilha 5w3H com o todo detalhamento requerido. No fim, o material foi recolhido e digitado.

Visando a atingir o segundo objetivo, abrimos uma roda para discussão sobre a necessidade de ter entre os elaboradores do plano um grupo disposto a trabalhar na linha de frente de sua implantação.



**UAPS Irmã
Hercília
Lima Aragão**

CURSO INTRODUTÓRIO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR DA SAÚDE: UMA ABORDAGEM DIALOGADA COM TRABALHADORES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PRODUTO: PLANO DE AÇÃO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR DA SAÚDE – UAPS IRMÃ HERCÍLIA LIMA ARAGÃO
BLOCO D– DIZ RESPEITO A NECESSIDADE DE CUIDAR DA SAÚDE DO TRABALHADOR DA SAÚDE (UAPS)

MODELO PLANO DE AÇÃO DA SMS

DIRETRIZ – FORTALECIMENTO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE PARA OS TRABALHADORES E TRABALHADORAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.

OBJETIVO 1- Desenvolver as ações de vigilância, promoção e assistência à saúde do (a) trabalhador (a) da Unidade de Atenção Primária Irmã Hercília, independente do vínculo ou categoria profissional.

META I – Implantação de 50% das ações programadas no plano até outubro de 2019.

INDICADOR – Número de ações implantadas por número de ações programadas

PROBLEMAS DE REFERÊNCIA: 1- POUCA PERCEPÇÃO DO TRABALHADOR DA SAÚDE SOBRE SUA SAÚDE, INCLUSIVE COM A SAÚDE MENTAL

Ação programada	Meta programa da	Indicador	Fonte de Verificação	Insumos necessários	Prazo	Responsável	Parceiros
1-Implantação na UAPS do serviço Atenção à Saúde e Segurança do Trabalhador da Saúde, para os trabalhadores da UAPS.	01	Serviço implantado	Desenho e fluxograma do serviço	Computador, internet, impressora, papel.	Out/2018 a Mar/2019	Gestão e Comissão de trabalhadores da UAPS	CEREST
2-Realizar mensalmente a terapia “resgate da autoestima” com os profissionais de saúde da UPAS, utilizando um horário de educação permanente.	11	Nº de encontros realizados por Nº de encontros programados	Frequência	Anexo (prédio) Colchonetes Som CD’s	Nov/2018 a out/2019	Profissionais da UAPS com formação, para conduzir a terapia	-Centro de formação paroquial CRAS Paroquia Dom Bosco
3-Incentivo à participação dos profissionais da UAPS, nas terapias e demais atividades direcionadas a saúde e segurança dos trabalhadores da saúde ofertadas na UAPS.	-	Novos trabalhadores aderindo as atividades	Registros de atendimento	-	Nov/2018 a Out/2019	Trabalhadores envolvidos na terapia e a gestora	-

Fonte: Figura construída pelos participantes do curso



BLOCO D – DIZ RESPEITO A NECESSIDADE DE CUIDAR DA SAÚDE DO TRABALHADOR DA SAÚDE (UAPS)

MODELO - PLANILHA PLANO DE AÇÃO -5W3H –

PROBLEMAS DE REFERÊNCIA: 1- POUCA PERCEPÇÃO DO TRABALHADOR DA SAÚDE SOBRE SUA SAÚDE, INCLUSIVE COM A SAÚDE MENTAL

Macroproblema – Ausência de Serviço de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalhador da Saúde no fluxo municipal.

Nó crítico – Organizar em nível local, um serviço de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalhador da Saúde, a ser desenvolvido pelos próprios profissionais da UAPS.

O QUE FAZER?	POR QUE FAZER?	QUEM VAI FAZER?	QUANDO FAZER?	ONDE FAZER ?	COMO FAZER?	QUANTO CUSTA	INDICADOR
1-Implantação na UAPS do serviço Atenção à Saúde e Segurança do Trabalhador da Saúde, para os trabalhadores da UAPS.							
2-Realizar mensalmente a terapia “resgate da autoestima” com os profissionais de saúde da UPAS, utilizando um horário de educação permanente.							
3-Incentivo à participação dos profissionais da UAPS, nas terapias e demais atividades direcionadas à saúde e segurança dos trabalhadores da saúde ofertadas na UAPS.							

Fonte: Figura construída pelos participantes do curso

D.1 Observações e implicações sobre a Oficina – Detalhamento da execução do Plano de Ação em Vigilância em Saúde do Trabalhador da Saúde da UAPS Irmã Hercília Lima de Aragão

Os objetivos da Oficina foram alcançados, já que o Plano de Ação em Vigilância em Saúde do Trabalhador da Saúde da UAPS Irmã Hercília Lima de Aragão foi detalhado, assim como foi formada a primeira Comissão de Saúde do Trabalhador da Saúde da UAPS Irmã Hercília Lima de Aragão, num processo democrático, envolvendo indicação e voluntariado de seus membros. O processo foi finalizado com a assinatura do Termo de Adesão, no qual dez profissionais assumiram o compromisso de dar seguimento à implantação do Plano elaborado (Figura 05).

A consolidação do produto das duas turmas ficou novamente ao nosso encargo, e seguimos o mesmo processo da análise de conteúdo e correção da redação descrito anteriormente.

Figura 05 – Termo de Adesão à Comissão de Saúde do Trabalhador da Saúde da UAPS Irmã Hercília

COMISSÃO DE SAÚDE DO TRABALHADOR DA SAÚDE DA UAPS IRMÃ HERCÍLIA

TERMO DE ADESÃO

Este termo formaliza a adesão e compromisso dos trabalhadores da UAPS Irmã Hercília abaixo listados na composição da comissão de saúde do trabalhador da saúde desta unidade. Esta comissão objetiva implantar as ações contidas no plano de vigilância em saúde do trabalhador da saúde elaborado no "Curso introdutório de vigilância em saúde do trabalhador da saúde: uma abordagem dialogada com os trabalhadores da atenção primária". Ações estas que deverão estar em comum acordo com a gestão e o suporte técnico do CEREST Regional Fortaleza.

Fortaleza, 13 de setembro de 2018.

Nº	NOME COMPLETO	ASSINATURA
	Francisca Melquíria Marques Santos Lima	Melquíria Marques Santos
	Patrícia Rita de Jesus	Patrícia Rita de Jesus
	Heitor de Almeida Brandão Brandão	Heitor de Almeida Brandão
	André Luiz de Souza	André Luiz de Souza
	Graciana Silva Cortes	Graciana Silva Cortes
	Luciana Magalhães R. Pereira	Luciana Magalhães R. Pereira
	Quênia de Sá Lima Cavalcanti	Quênia de Sá Lima Cavalcanti
	ANA CAROLINA DO ESPIRITO SANTO SILVA	ANA CAROLINA DO ESPIRITO SANTO SILVA
	Ricardo Ribeiro de Abo	Ricardo Ribeiro de Abo
	Ana Maria Pereira Alves Costa	Ana Maria Pereira Alves Costa
	Janaína Barros Sobrinho Lima	Janaína Barros Sobrinho Lima

Fonte: Documento scaneado por nós, pesquisadora

E. Momento da divulgação e sensibilização sobre o problema do suicídio – Setembro Amarelo

Considerando a campanha da Organização Mundial de Saúde (OMS) e do Ministério da Saúde (MS) sobre a prevenção do suicídio no *Setembro Amarelo*, o psicólogo do CEREST abriu um momento de reflexão, trazendo a óptica da espiritualidade, do companheirismo e do suporte da família e dos amigos no trabalho como estratégias importantes para a saúde mental e prevenção do suicídio.

A relevância desse momento decorre das atuais condições de trabalho no setor saúde vivenciadas em diversos países, que submetem os trabalhadores da saúde ao risco de adoecimento mental, devendo ser encarado com urgência, portanto, discutido em todos os espaços, fomentando o apoio social como uma estratégia de enfrentamento.

A este respeito, Garcia e Marziale (2018) realizaram uma revisão de literatura analisando os indicadores de esgotamento profissional em trabalhadores que atuam na atenção primária, tanto no Brasil como em outros países. Dessa revisão, destacamos aqui três estudos, apontando para a aparente dimensão global do problema, e para a necessidade de identificação e cuidado dos adoecidos. O primeiro, na Suécia, reconheceu o apoio social como estratégia de enfrentamento da Síndrome de Burnout e identificou exaustão emocional em enfermeiros. O segundo, na Espanha, evidenciou que os trabalhadores da saúde atuantes nos cuidados primários estão expostos a um ambiente psicossocial muito desfavorável, denotando altos níveis de sintomas de estresse. E o terceiro, na África do Sul, que identificou enfermeiros muito afetados pela sobrecarga de trabalho e estresse ocupacional crônico (GARCIA; MARZIALE, 2018).

Foto 26 - Setembro amarelo



Fonte: Registro fotográfico feito pelo grupo de facilitadores do Curso.

F Finalização dos trabalhos do Módulo IV

Direcionamos a finalização das atividades do módulo IV fazendo menção aos textos indicados para a leitura, ressaltando a importância de se reencantar pelo trabalho, para a saúde do trabalhador da saúde, bem assim para a qualidade da atenção no SUS.

Foi facultada a palavra aos participantes para que estes expusessem verbalmente, de forma livre e voluntária, o julgamento pessoal sobre o curso. Em seguida, foi solicitado a todos que respondessem à pesquisa de opinião sobre o mesmo objeto, elaborada por nós em impresso específico.

A pesquisa de opinião impressa foi dividida em dois blocos (A e B) (Figura 06). O primeiro, bloco A, se refere a pontos específicos sobre o curso: Material didático, fundamentação teórica, local do curso, acolhimento aos participantes, didática utilizada em cada módulo, o alcance do objetivo geral do curso, o envolvimento dos facilitadores para o entendimento das atividades, carga horária presencial, carga horária da dispersão, e a relevância do curso. Adotamos, por iniciativa pessoal, o seguinte critério, para validação do Curso pelos participantes: pontuação inferior a 50%: curso não validado, de 50% a 75% curso validado, mas necessitando de revisão metodológica, e acima de 75% curso validado, devendo ser feitos ajustes conforme o público-alvo.

O segundo, bloco B, buscou promover uma autoavaliação, com frases como ‘eu enquanto participante do curso’, que induziam os participantes a refletirem sobre a leitura dos textos indicados, a participação nas enquetes realizadas na UAPS, assiduidade, participação nas discussões dos textos, participação nas discussões e elaborações em grupo, e o alcance das expectativas no curso. O bloco B não foi incluído no processo de avaliação, para a validação do curso.

No mesmo instrumento, ainda foi perguntado se convidaria algum amigo para fazer o curso, se participaria como facilitador em outro curso e se queria fazer parte da equipe de implantação do plano. Posteriormente, avaliamos esses aspectos, como desnecessárias ao propósito do instrumento, especialmente a respeito de fazer parte da equipe de implantação do plano, pois a formação da equipe foi feita durante as atividades do módulo, com ampla participação dos profissionais.

No final, foi deixado espaço para registrarem as dificuldades vivenciadas para participar efetivamente do Curso, sugestões para melhorar os próximos e comentários pertinentes.

Figura 06 – Pesquisa de opinião sobre o Curso



PESQUISA DE OPINIÃO SOBRE O CURSO INTRODUTÓRIO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR DA SAÚDE: UMA ABORDAGEM DIALOGADA COM TRABALHADORES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Solicitamos a você, participante do curso Introdutório de Vigilância em Saúde do Trabalhador da Saúde: Uma Abordagem Dialogada com Trabalhadores da Atenção Primária o qual classificamos como uma “Experiência Pedagógica de Vigilância em Saúde do Trabalhador da Saúde em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde”, que responda esse instrumento, com muita atenção, pois visa identificar os pontos que precisam ser ajustados para a reprodução do Curso em outras turmas. Em caso de dúvida, solicite esclarecimento a um dos facilitadores.

BLOCO A

LEGENDA: (S) Satisfatório (R) Regular (IN) Insatisfatório

PONTOS A AVALIAR	Conceito		
	S	R	IN
1-Material didático disponibilizado			
2-Fundamentação teórica			
3-Local do curso			
4-Acolhimento aos participantes			
5-Didática utilizada no Módulo I para a construção da tenda dos sabores e o muro dos dissabores.			
6-Didática utilizada no Módulo II para selecionar os problemas e identificar as causas e consequências.			
7-Didática utilizada no Módulo III para construir um plano de ação voltado para a saúde e segurança dos trabalhadores da UAPS, a partir da realidade discutida nos módulos anteriores.			
8-Didática utilizada no Módulo IV, para finalizar a proposta do plano de ação a ser implantado na UAPS, com o maior envolvimento dos cursistas.			
9- O curso atingiu o objetivo de instrumentalizar você, para a construção de um plano de ação em vigilância em saúde do trabalhador da saúde plausível de implantação em seu local de trabalho			
10-Envolvimento dos facilitadores, para o entendimento das atividades			
11-Carga horária presencial			
12- Carga horária de dispersão			
13- Atividades de dispersão			
14-Relevância do curso			

BLOCO B

Auto avaliação: Eu, enquanto participante do curso:

Pontos a avaliar	Conceito		
	S	R	IN
Li os textos recomendados de forma:			
Particpei da aplicação das enquetes realizadas com os demais trabalhadores			
Considero minha assiduidade no curso:			
Particpei das discussões dos textos de forma:			
Particpei das discussões e construções nos grupos de forma:			
Minhas expectativas sobre o curso foram alcançadas de forma:			

Você convidaria algum amigo, para fazer esse curso? () SIM () NÃO () TALVEZ

Você participaria como facilitador em outro curso? () SIM () NÃO () TALVEZ

Você quer fazer parte da equipe de implantação do Plano de ação? () SIM () NÃO () TALVEZ

USE ESSE ESPAÇO PARA REGISTRAR: Dificuldades que vivenciou, para participar efetivamente do curso, sugestões para melhorar o próximo e comentários que achar pertinente. (Pode usar também o verso da folha, caso necessite)

Como última atividade, exibimos um vídeo por nós elaborado, com fotos dos diversos momentos do Curso, fazendo uma retrospectiva das atividades realizadas e agradecendo a participação de todos. Na sequência, foi servido um lanche, e os trabalhos do curso foram concluídos, com a garantia do monitoramento técnico do CEREST e nosso, na qualidade de trabalhadora desse serviço, para a implantação do Plano de Ação em Vigilância em Saúde do Trabalhador da Saúde na UAPS Irmã Hercília Lima de Aragão.

F.1 Observações e implicações sobre a finalização do módulo IV

Os objetivos do Módulo IV foram alcançados. Os participantes consideraram, em depoimento verbal, como positiva a estratégia do Curso de Vigilância em Saúde do Trabalhador da Saúde: uma abordagem dialogada com trabalhadores da Atenção Primária, para instrumentalizá-los na formulação do Plano de Ação em Vigilância em Saúde do Trabalhador da Saúde, plausível de implantação em seu local de trabalho.

Ficou pré-agendado para o mês de setembro um momento de devolutiva para a gestora e membros da Comissão, sendo de nossa responsabilidade apresentar todo o processo desenvolvido durante a experiência Pedagógica e o Plano de Ação em Vigilância em Saúde do Trabalhador da Saúde da UAPS Irmã Hercília Lima de Aragão finalizado.

Na pesquisa de opinião sobre o Curso de Vigilância em Saúde do Trabalhador da Saúde: uma abordagem dialogada com trabalhadores da Atenção Primária (Figura 06), os resultados foram favoráveis. Dos 14 itens investigados, oito foram considerados satisfatórios, por 100% dos participantes, ao passo que os demais obtiveram percentual de satisfação superior a 90%.

Durante o Curso de Vigilância em Saúde do Trabalhador da Saúde: uma abordagem dialogada com trabalhadores da Atenção Primária, o Plano de Ação de Vigilância em Saúde do Trabalhador da Saúde da UAPS Irmã Hercília Lima de Aragão, foi elaborado, seguindo um processo de planejamento estratégico situacional, perpassando por três momentos (explicativo, normativo e estratégico) dos quatro descritos por Paim (2006) e Campos, Faria e Santos (2010), ficando o momento tático-operacional para ser desenvolvido na UAPS, durante a implantação do plano. Assim, continuaremos nesse processo, na qualidade de técnica do CEREST, visto que o produto

deste estudo, como característica do Mestrado Profissional, deve, preferencialmente, passar a ser uma atividade do serviço.

Resumindo, essa dissertação ocasionou um produto de aplicabilidade prática para o serviço do CEREST, que passou a atuar como suporte técnico no momento tático-operacional, onde foram feitos os ajustes e adaptações necessárias, bem como o acompanhamento e a avaliação do processo de implantação, tanto do Plano de Ação de Vigilância em Saúde do Trabalhador da Saúde da UAPS Irmã Hercília Lima de Aragão, como também do empoderamento dos trabalhadores da Comissão. Além disso, possibilita sua reprodução em outros pontos da Rede SUS.

Foto 27 - Encerramento Turma I



Fonte: Registro fotográfico feito pelo grupo de facilitadores do Curso.

Foto 28 - Encerramento Turma II



Fonte: Registro fotográfico feito pelo grupo de facilitadores do Curso.

6 DESDOBRAMENTOS DO CURSO – MOMENTO TÁTICO-OPERACIONAL

Em 27/9/2018, no CEREST, houve um momento de devolutiva nosso para a gestora da UAPS, considerando todo o processo do Curso e os produtos gerados em cada oficina, com a presença de representantes da Comissão Local de Saúde do Trabalhador da Saúde. A devolutiva, expressa em Power Point, mostrou o objetivo geral e os produtos de cada módulo. Nesse momento, foi passado para a gestora a responsabilidade solidária na execução do Plano de Ação em Vigilância em Saúde do Trabalhador da Saúde, bem como ações que favoreçam a implantação da Comissão Local de Saúde do Trabalhador da Saúde na UAPS Irmã Hercília Lima Aragão (nome oficial da Comissão). Foi repassado para o *e-mail* da gestora e dos membros da Comissão o Plano de Ação de Vigilância em Saúde do Trabalhador da Saúde da UAPS Irmã Hercília Lima de Aragão, finalizado nas duas planilhas (padrão da SMS e 5W3H).

Foto 29 - Devolutiva à gestora com o comparecimento de membros da Comissão



Fonte: Registro fotográfico feito pelo grupo de facilitadores do Curso.

Em 3/12/2018, na III Mostra Regional de Saúde, com o tema ‘Inovando e Repensando o Cuidado em Saúde’, a gestora apresentou a implantação da Comissão Local

de Saúde do Trabalhador da Saúde da UAPS Irmã Hercília Lima Aragão como uma experiência exitosa, que estava sendo desenvolvida em parceria com o CEREST.

Figura 07 – Imagem do convite para a III Mostra Regional de Saúde



Fonte: Convite scaneado por nós, pesquisadora.

Os certificados, do ‘Curso Introdutório de Vigilância em Saúde do Trabalhador da Saúde: uma abordagem dialogada com trabalhadores da Atenção Primária’, foram entregues em 5/1/2019, em uma reunião de monitoramento da implantação do Plano de Ação em Vigilância em Saúde do Trabalhador da Saúde. Tal reunião visou a acompanhar o processo e reafirmar o CEREST como suporte técnico para as ações de saúde do trabalhador da saúde. Foi um momento importante de troca entre os trabalhadores e a gestora, quando foram abordadas as dificuldades vivenciadas até o momento, visando a maior efetivação das ações elaboradas. Nós, como técnica do CEREST Regional Fortaleza, mediamos o diálogo e sistematizamos as propostas, para dar continuidade à implantação.

Nessa ocasião, novamente, o ‘Curso Introdutório de Vigilância em Saúde do Trabalhador da Saúde: uma abordagem dialogada com trabalhadores da Atenção Primária’, foi muito elogiado pelos profissionais que dele participaram, entenderam a

iniciativa como algo de muito valor para a saúde do trabalhador da saúde e para a qualidade do serviço.

Foto 30 – Entrega de certificados



Fonte: Registro fotográfico feito pelos trabalhadores da UAPS.

Foto 31 – Reunião de monitoramento



Fonte: Registro fotográfico feito pelos trabalhadores da UAPS.

No dia 11/1/2019, houve uma reunião interna da Comissão Local de Saúde e do trabalhador da saúde da UAPS Irmã Hercília Lima Aragão, na qual foi feito um cronograma das atividades. Iniciou-se a elaboração de um prontuário diferenciado para os trabalhadores da saúde, para uso dos profissionais responsáveis pela implantação do Serviço de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalhador da Saúde, que foi a primeira ação proposta do Bloco D, no Plano de Ação em Vigilância em Saúde do Trabalhador da Saúde.

Foto 32– Reunião da Comissão Local de Saúde do Trabalhador da Saúde da UAPS Irmã Hercília Lima Aragão



Fonte: Registro fotográfico feito por trabalhador da UAPS.

Em 31/1/2019, alguns membros da Comissão, juntamente conosco, avaliaram o modelo de prontuário proposto, sendo feitos novos ajustes e sendo discutida a necessidade de estabelecer um cronograma de atendimento dos trabalhadores, visto que o Serviço de Atenção à Saúde do Trabalhador da Saúde estava se estruturando, sem, contudo, deixar de atender à comunidade.

Foto 33 – Reunião de monitoramento 2 - Comissão Local de Saúde do Trabalhador da Saúde da UAPS Irmã Hercília Lima Aragão.



Fonte: Registro fotográfico feito por trabalhador da UAPS.

Outros desdobramentos

A Coordenadoria de Vigilância em Saúde do Município de Fortaleza (COVIS) mostrou interesse em montar sua Comissão Local de Saúde. Para tal, foi realizado, em fevereiro de 2019, o ‘Curso Introdutório de Vigilância em Saúde do Trabalhador da Saúde: uma abordagem dialogada com trabalhadores da COVIS’, com a nossa participação na primeira Oficina.

Para abril de 2019, foi acordada com o CEREST a inclusão do tema Saúde do Trabalhador em um módulo do curso de Especialização em Processos de Gestão na Atenção à Saúde, do qual participam todos os gestores das Unidades de Atenção Primária à Saúde do Município de Fortaleza. Esta ação representa um esforço de incluir a saúde do trabalhador da saúde como um dos focos prioritários no módulo.

O repasse do ‘Curso Introdutório de Vigilância em Saúde do Trabalhador da Saúde: uma abordagem dialogada com trabalhadores da Atenção Primária’, para os CERESTs do Ceará e representantes da Atenção Primária à Saúde dos municípios-sede de CEREST, está sendo cogitado pelo Núcleo de Saúde do Trabalhador do Estado, ainda para 2019.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pergunta originária da pesquisa, a qual indagava se *escutar, refletir e discutir sobre os sabores e dissabores da APS é suficiente, para a mobilizar e agregar trabalhadores da saúde, para a construção de estratégias de intervenção, com vistas à melhoria das condições de saúde e trabalho na UAPS*, foi respondida positivamente. Houve maciça participação dos trabalhadores durante todo o curso, não houve desistência, e apenas dois não compareceram ao último módulo, pois estavam de férias e com viagem já programada.

A ideia central, que permaneceu como pano de fundo, mas que de fato nos mobilizou para desenvolver este estudo, foi o desejo de ver instalada, num futuro próximo, no Município de Fortaleza, uma Política de Saúde do Trabalhador da Saúde, partindo de um movimento micro (locais de trabalho), para um macro (organização regional e municipal).

O êxito desta experiência remete a ações de outros pesquisadores, que têm buscado com seus estudos denunciar, sugerir estratégias e até suprir a falta de uma Política Municipal de Saúde do Trabalhador da Saúde. Como exemplo, citamos o trabalho *‘Gestão do Trabalho em Saúde: buscando a construção de uma Política de Saúde do Trabalhador da Saúde no âmbito municipal’* realizado por Lacaz, Vechia e Silva (2017).

‘Dores e sabores do trabalho na Atenção Primária à Saúde: Experiência Pedagógica de Vigilância em Saúde do Trabalhador da Saúde em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde do Município de Fortaleza, CE’ fundamentou-se em alguns princípios da Portaria nº 3.120, de 1998. Dentre os princípios, destacam-se: (i) a **pesquisa-intervenção**, já que, com suporte nas atividades promovidas, os trabalhadores foram levados a identificar os sabores e dissabores, que permeiam o cotidiano laboral, e desde esse conhecimento, constituíram as ações interventivas, entendendo ser esse um continuum sistemático; (ii) a **universalidade**, quando propôs o estabelecimento de ações interventivas para melhorar as condições de saúde e de trabalho, com alcance para todos os trabalhadores da UAPS, independentemente do vínculo empregatício (servidor público e terceirizado) e da categoria profissional; (iii) a **interdisciplinaridade**, quando incluiu no processo diversas categorias profissionais, agregando os diversos saberes e experiências sobre o mesmo objeto – ‘o trabalho na UAPS’; e (iv) o **caráter transformador**, não só pelo fato de propor mudanças nos processos de trabalho, mas,

também, pelo compromisso do grupo em institucionalizar as atividades para uma atenção diferenciada à saúde do trabalhador da saúde da UAPS Irmã Hercília de Lima Aragão.

O desenho do Curso Introdutório de Vigilância em Saúde do Trabalhador da Saúde: uma abordagem dialogada com trabalhadores da Atenção Primária se constituiu como ferramenta da experiência pedagógica, que pode ser replicada em qualquer serviço de saúde. As dinâmicas utilizadas podem ser diferentes, atendendo às particularidades de cada local, no entanto, o envolvimento de todos numa pedagogia dinâmica e rápida para as elaborações individuais e coletivas, é fundamental para implantar estratégias que visem à melhoria das condições de saúde e trabalho.

Constatamos dois aspectos dificultadores na efetivação da experiência pedagógica, o primeiro foi a impossibilidade de ampliar o número de encontros, o que permitiria realizar maiores reflexões nas atividades, e segundo foi a necessidade, dos participantes da turma da manhã, de retornar para o trabalho na UAPS, isso contribuiu para que as últimas atividades fossem sempre feitas apressadamente, diferente da turma do turno da tarde, que permanecia conversando, após a conclusão das tarefas.

Como limitações deste estudo foram consideradas: (i) a não participação do controle social; e (ii) a não elaboração de um estudo dirigido, para facilitar a leitura dos textos.

Estas limitações e os aspectos dificultadores devem ser considerados em futuras experiências.

Pela experiência pedagógica desenvolvida, pelos estudos e práticas relatadas, a ideia central que foi o pano de fundo mobilizador parece ser viável e necessária. Cabe aos profissionais da saúde e, em especial, aos dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, dar continuidade ao processo, envolvendo o controle social nessa empreitada, rumo à consolidação de uma Política Municipal de Saúde do Trabalhador da Saúde, com o reconhecimento e manutenção de comissões locais de saúde.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, R. Produção liofilizada e a precarização estrutural do trabalho. In: **O avesso do trabalho II: trabalho, precarização e saúde do trabalhador**. São Paulo: Expressão Popular, 2010, p. 464.

ARAÚJO, M. F. M.; ALMEIDA, M. I.; SANTO, M. J. E. (EDS.). **Portfólio: Trabalhando com métodos de oficinas**. revista ed. Fortaleza: Programa Editorial do Núcleo de Integração pela Vida - NIV, 2005.

ASSUNÇÃO, A. Á. Condições de trabalho e saúde dos trabalhadores da saúde. In: **Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011, p. 453–478.

ASSUNÇÃO, A. Á. (ED.). **Gestão das condições de trabalho e de saúde dos trabalhadores da saúde: caderno de textos/ Ada Ávila Assunção, Andréa R. Motta**. 1ª edição revisada e ampliada. Belo Horizonte: Ed. dos Autores, 2014.

ASSUNÇÃO, A. Á.; JACKSON FILHO, J. M. Transformações do trabalho no setor saúde e condições para cuidar. In: **Trabalhar na saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego**. 1ª reimpressão. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015, p. 45–65.

ÁVILA, M. M. M. O programa de agentes comunitários de saúde no Ceará: o caso de Uruburetama. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 1, p. 349–360, 2011.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução Luís Antero Reto; Augusto Pinheiro. 3. reimpressão, São Paulo: Edições 70 LDA, 2016.

BENDASSOLLI, P. F. Reconhecimento no trabalho: perspectivas e questões contemporâneas. **Psicologia em Estudo**, v. 17, n. 1, p. 37-46, jan./mar. 2012, mar. 2012.

BRAGA, L. C.; CARVALHO, L. R.; BINDER, M. C. P. Condições de trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu (SP). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15 (Supl. 1), p. 1585–1596, 2010.

BRASIL. NR4. **Norma Regulamentadora 4 - Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho**. 8 jun. 1978, p. 30.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 1988, p. 272.

BRASIL. **Lei nº 8.080**. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 19 set. 1990, p. 19.

BRASIL. **Portaria nº 3.120**. Aprova a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS, na forma do Anexo a esta Portaria, com a finalidade de definir procedimentos básicos para o desenvolvimento das ações correspondentes. 1 jul. 1998, p. 12.

BRASIL. **Sistema Único de Saúde SUS: princípios e conquistas**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. **Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde**. Brasília: Editora MS, 2001.

BRASIL. **Portaria nº 1679**. Dispõe sobre a estruturação da rede nacional de atenção integral à saúde do trabalhador no SUS e dá outras providências. 2002, p. 22.

BRASIL. **Cadernos HumanizaSUS: Formação e intervenção**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. v. 1

BRASIL. **Decreto nº 7.602**. Dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho - PNSST. 7 nov. 2011 a.

BRASIL. **Programa de formação em saúde do trabalhador**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011 b, p. 44.

BRASIL. **Protocolo MNNP-SUS nº 008/2011**. Institui as Diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do Sistema Único de Saúde - SUS. 1 dez. 2011 c, p. 10.

BRASIL. **Portaria nº 1.823**. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. 2012 a, p. 34.

BRASIL. **Resolução nº 466**. Aprovar as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. 2012 b.

BRASIL. **Diretrizes de implantação da vigilância em saúde do trabalhador no SUS**. Ministério da Saúde, 2014a. Disponível em: <<http://renastonline.ensp.fiocruz.br/recursos/diretrizes-implantacao-vigilancia-saude-trabalhador-sus>>. Acesso em: 26 mar. 2018

BRASIL. **Documento de Referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Ministério da Saúde. 2014b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf>. Acesso em: 26 fev. 2018

BRASIL. **Protocolo MNNP-SUS nº 009/2015**. Institui as diretrizes da Agenda Nacional do Trabalho Decente para Trabalhadores e trabalhadoras do Sistema Único de Saúde (ANTD-SUS). 25 nov. 2015.

BRASIL. **Resolução CNS nº 510**. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisa em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana, na forma definida nesta Resolução. 7 abr. 2016.

BRASIL. **Portaria nº 2.436**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 21 set. 2017, p. 38.

BRITO, J. et al. O trabalho nos serviços públicos de saúde: entre a inflação e a ausência de normas. In: **Trabalhar na saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011, p. 23–43.

BUENO, M.; MACÊDO, K. B. A Clínica psicodinâmica do trabalho: de Dejours às pesquisas brasileiras. **ECOS - Estudos Contemporâneos da Subjetividade**, v. 2, n. 2, p. 306–318, 2012.

CALEMAN, G. et al. **Projeto Aplicativo: termos de referência**. São Paulo: Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa, 2016.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2. ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.

CEZAR-VAZ, M. R. et al. Percepção do risco no trabalho em saúde da família: estudo com trabalhadores no sul do Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 17(6), p. 1–11, 2009.

DALDON, M. T. B.; LANCMAN, S. Vigilância em Saúde do Trabalhador - rumos e incertezas. **Revista brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 38, n. 127, p. 92–106, 2013.

DAVID, H. M. S. L. et al. Organização do trabalho de enfermagem na atenção básica: uma questão para a saúde do trabalhador. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 18, n. 2, p. 206–14, 2009.

DEJOURS, C. et al. Por um trabalho, fator de equilíbrio. **Revista de Administração de Empresas**, v. 33, n. 3, p. 98–104, jun. 1993.

DEJOURS, C. Entre o desespero e a esperança: como reencantar o trabalho? **Revista CULT**, v. 139, n. 12, p. 49–53, 2009.

DESLANDES, S. F. et al. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 20. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

DIAS, E. C. et al. **Diretrizes para o desenvolvimento de ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador pelas equipes da Atenção Básica/Saúde da Família**, maio 2016. Disponível em: <<https://central3.to.gov.br/arquivo/294234/>>. Acesso em: 10 nov. 2017

DIAS, E. C.; HOEFEL, M. G. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. **Ciências & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 4, p. 817–828, 2005.

FONSECA, M. L. G.; SÁ, M. C. A insustentável leveza do trabalho em saúde: excessos e invisibilidade no trabalho da Enfermagem em Oncologia. **Saúde em Debate**, v. 39, n. spe, p. 298–306, dez. 2015.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 25. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

FREIRE, P. **Educação como prática da liberdade**. 23. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1999.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 25 ed. São Paulo (SP): Paz e Terra, 2002.

GADOTTI, M.; FREIRE, P.; GUIMARÃES, S. **Pedagogia: diálogo e conflito**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 1995.

GARCIA, G.; MARZIALE, M. Indicadores de esgotamento profissional em trabalhadores da Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem [Internet]**, v. 71 (Supl. 5), p. 2469–78, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v71s5/pt_0034-7167-reben-71-s5-2334.pdf> Acesso 10.nov. 2017.

GONZAGUINHA. **Um homem também chora**, 1983. Disponível em: <https://www.letras.mus.br/gonzaguinha/250255/> Acesso 15.nov. 2017

IBGE Cidades. Brasil, 2018. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ce/fortaleza/panorama>>

LACAZ, F. A. C.; MACHADO, J. M.; PORTO, M. F. S. **Estudo da Situação e Tendência da Vigilância em Saúde do Trabalhador no Brasil**. Brasil: [s.n.]. Disponível em: <<http://renastonline.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/recursos/Estudo%20da%20Situa%C3%A7%C3%A3o%20e%20Tend%C3%AAncias%20da%20Vigil%C3%A2ncia%20em%20Sa%C3%BAde%20do%20Trabalhador%20no%20Brasil.pdf>>. Acesso 10.nov. 2017.

LACAZ, F. A. C.; VECHIA, P. R. L.; SILVA, V. P. Gestão do trabalho em saúde: buscando a construção de uma política de saúde do trabalhador da saúde no âmbito municipal. In: **Trabalhador do SUS: gestão do trabalho, repercussões psicossociais e política de proteção à saúde**. São Paulo: Hucitec: Fapesp, 2017. p. 379.

LACAZ, F. A. DE C. Qualidade de vida no trabalho e saúde/doença. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 151–161, 2000.

MACHADO, J. M. A propósito da Vigilância em Saúde do Trabalhador. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 4, p. 987–992, 2005.

MARSIGLIA. Prefácio. In: **Trabalhar na saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego**. 1ª reimpressão. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015. p. 9–14.

MARTINES, W. R. V.; CHAVES, E. C. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do Agente Comunitário de Saúde no Programa de Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 41, n. 3, p. 426–433, 2007.

MENDES, Á. Os ataques ao trabalho em saúde no capitalismo contemporâneo em crise. In: **Trabalhador do SUS: gestão do trabalho, repercussões psicossociais e políticas de proteção à saúde**. São Paulo: Hucitec: Fapesp, 2017. p. 379.

- MENDES, A. M. B. Aspectos Psicodinâmicos da Relação Homem-Trabalho: as contribuições de C. Dejours. **Revista Psicologia Ciência e Profissão**, v. 1, n. 2, p. 34–38, 1995.
- MENDES, I. M. C.; MARZIALE, M. H. P. Sistemas de saúde em busca de excelência: os recursos humanos em foco. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 14, n. 3, p. 303–304, jun. 2006.
- MENDES, R.; DIAS, E. C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Revista Saúde Pública**, v. 25, p. 341–349, 1991.
- MERCES, M. C. et al. Síndrome de Burnout em enfermeiras da atenção básica à saúde: uma revisão integrativa. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, v. 5, n. 2, p. 100–104, 2015.
- MORIN, E. M. et al. **Sens du travail, santé mentale et engagement organisationnel: rapport**. Montréal: IRSST, Direction des communications, 2008.
- OLIVEIRA, S. S. et al. Vigilância em Saúde do Trabalhador da Saúde. In: **Panorama da Saúde dos Trabalhadores da Saúde**. Belo Horizonte: UFMG/Faculdade de Medicina, 2012. p. 104.
- PADILHA, M. I. C. DE S.; MANCIA, J. R. Florence Nightingale e as irmãs de caridade: revisitando a história. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 6, n. 58, p. 723–726, dez. 2005.
- PADILHA, V. Qualidade de vida no trabalho num cenário de precarização: panaceia delirante. **Trabalho Educação Saúde**, v. 7, n. 3, p. 549–563, 2010 2009.
- PAIM, J. S. Planejamento em saúde para não especialistas. In: **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz, 2006. p. 767–782.
- PASSAMAI, M. DA P. B. et al. **Os círculos de diálogos na saúde: escutando e compartilhando significados para aprendizagem em equipe**. Fortaleza: EdUECE, 2013.
- PERIAGO, M. R. Prólogo. In: **Salud y seguridad de los trabajadores del sector salud: manual para gerentes y administradores**. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, 2005. p. 177.
- PESSANHA, F. J.; OSORIO, S. C.; ROTENBERG, L. Proposal for training of workers and researchers as from the participatory return of research results in workers’ health. **Work**, n. Supplement 1, p. 4584–4589, 2012.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA. **Decreto 13.922**. Altera a denominação de unidades administrativas e a distribuição dos cargos em comissão e aprova o regulamento da Secretaria Municipal da Saúde (SMS). 2 dez. 2016, p. 32.
- RAMMINGER, T.; ATHAYDE, M. R. C.; BRITO, J. Ampliando o diálogo entre trabalhadores e profissionais de pesquisa: alguns métodos de pesquisa-intervenção para o campo da Saúde do Trabalhador. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 11, p. 11, 2013.

REBOUÇAS, D. et al. O trabalho em saúde mental: um estudo de satisfação e impacto. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 3, p. 624–632, mar. 2008.

RIBEIRO, F. S. N.; LEÃO, L. H. C.; COUTINHO, S. R. A. Saúde do Trabalhador no Brasil nos anos 1990 e 2000, do período da audácia ao desbrío. **Revista em Pauta**, v. 11, n. 32, p. 39–63, semestre de 2013.

RIZZO, T. P.; SANTOS, E. J. Gestão do Trabalho em Saúde sob o neoliberalismo: reflexões sobre o conceito de precarização do trabalho em saúde e o papel dos PCCS. In: **Trabalhador do SUS: gestão do trabalho, repercussões psicossociais e política de proteção à saúde**. São Paulo: Hucitec: Fapesp, 2017. p. 97–153.

ROIC, E.; RUIZ, M. S.; CERÂNTOLA, A. P. C. O Planejamento Estratégico Situacional – PES como Instrumento de Processamento Técnico-Político de Conflitos Socioambientais Urbanos. **XXXVII Encontro da ANPAD**, p. 16, 2013.

ROSEN, G.; MOREIRA, M. F. DA S.; BONFIM, J. R. DE A. **Uma história da saúde pública**. São Paulo: Hucitec/ Fundação Editora da UNESP, 2006, p. 423

SANTOS, B. DE S. **Na oficina do sociólogo artesão: aulas 2011-2016**. São Paulo: Cortez Editora, 2018.

SANTOS, F. M. Análise de Conteúdo: a visão de Laurence Bardin. **Revista Eletrônica de Educação**, v. 6, n. 1, p. 283–287, 2012.

SHIMIZU, H. E.; CARVALHO JUNIOR, D. A. DE. O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família e suas repercussões no processo saúde-doença. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 9, p. 2405–2414, set. 2012.

TAMBASCO, L. DE P. et al. A satisfação do trabalho da equipe multiprofissional que atua na Atenção Primária à Saúde. **Saúde em Debate: Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde**, v. 41, n. Especial, p. 140–151, 2017.

TEIXEIRA, C. F. S.; VILASBÔAS, A. L. Q.; JESUS, W. L. A. Proposta metodológica para o planejamento em saúde no SUS. In: **Planejamento em saúde - Conceitos, métodos e experiências**. 3º capítulo. Bahia: Edufba, 2010. p. 51–75.

TENNASSEE, L. M.; PADILLA, M. **Salud y seguridad de los trabajadores del sector salud: manual para gerentes y administradores**. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, 2005.

TRINDADE, L. DE L. et al. Estresse e Síndrome de Burnout entre trabalhadores da equipe de Saúde da Família. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 23, n. 5, p. 684–689, out. 2010.

TRINDADE, L. L. et al. Cargas de trabalho entre os agentes comunitários de saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 28, n. 4, p. 473–479, 2007.

TRINDADE, L. L.; LAUTERT, L. Síndrome de Burnout entre os trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n. 2, p. 274–279, 2010.

VASCONCELLOS, L. C. F.; ALMEIDA, C. V. B.; GUEDES, D. Vigilância em Saúde do Trabalhador: Passos para uma pedagogia. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**, v. 7, n. 3, p. 445–462, nov. 2009.

ANEXO A PLANO DE AÇÃO – PLANILHA-PADRÃO SMS



UAPS Irmã
Hercília Lima
Aragão

CURSO INTRODUTÓRIO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR DA SAÚDE: UMA ABORDAGEM DIALOGADA COM TRABALHADORES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PRODUTO: PLANO DE AÇÃO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR DA SAÚDE – UAPS IRMÃ HERCÍLIA LIMA ARAGÃO
BLOCO A – DIZ RESPEITO A FALTA DE SEGURANÇA NA UAPS
MODELO PLANO DE AÇÃO DA SMS

DIRETRIZ – FORTALECIMENTO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE PARA OS TRABALHADORES E TRABALHADORAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.

OBJETIVO 1- Desenvolver as ações de vigilância, promoção e assistência à saúde do (a) trabalhador (a) da Unidade de Atenção Primária Irmã Hercília independente do vínculo ou categoria profissional.

META I – Implantação de 50% das ações programadas no plano até outubro de 2019

INDICADOR – Número de ações implantadas por número de ações programadas

PROBLEMA DE REFERÊNCIA -3- FALTA DE SEGURANÇA NO LOCAL DE TRABALHO

Ação programada	Meta programada	Indicador	Fonte de Verificação	Insumos necessários	Prazo	Responsável	Parceiros
1- Realização e envio, para a gestão da UAPS, de um abaixo assinado com usuários e profissionais, a fim de reivindicar a presença de vigilante, como fator fundamental para o atendimento no posto. Bem como maior apoio policial nas rondas, para que sejam frequentes, protegendo os profissionais e usuários que chegam e saem do posto	01	Abaixo assinado entregue a gestora	2ª via assinada pela gestora	- Papel - Impressão	Out 2018	Os trabalhadores da UAPS, sob a condução da Comissão de Saúde do Trabalhador da Saúde.	CEREST Conselho local de Saúde (CLS) Gestão local
2- Solicitação do retorno do profissional vigilante, para a UAPS durante os turnos de atendimento, via ofício.	01	Ofício expedido	Cópia do ofício	- Papel - Impressão	Setembro /2018	Gestora	CORES SMS CLS

Fonte: Figura construída pelos participantes do curso.

CURSO INTRODUTÓRIO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR DA SAÚDE: UMA ABORDAGEM DIALOGADA COM TRABALHADORES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

**PRODUTO: PLANO DE AÇÃO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR DA SAÚDE – UAPS IRMÃ HERCÍLIA LIMA ARAGÃO
BLOCO B – DIZ RESPEITO A PLANEJAMENTO E COGESTÃO NA UAPS
MODELO PLANO DE AÇÃO DA SMS**

DIRETRIZ – FORTALECIMENTO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE PARA OS TRABALHADORES E TRABALHADORAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.

OBJETIVO 1- Desenvolver as ações de vigilância, promoção e assistência à saúde do (a) trabalhador (a) da Unidade de Atenção Primária Irmã Hercília, independente do vínculo ou categoria profissional.

META I – Implantação de 50% das ações programadas no plano até outubro de 2019.

INDICADOR – Número de ações implantadas por número de ações programadas

PROBLEMA DE REFERÊNCIA -

- PROBLEMAS DE REFERÊNCIA:** 1- FALTA DE RODAS DE PLANEJAMENTO ENTRE GESTÃO E CATEGORIAS PROFISSIONAIS
2- DESORGANIZAÇÃO DO PLANEJAMENTO E EXECUÇÃO DAS AÇÕES
3- DESCONHECIMENTO DO PROCESSO PRODUTIVO DE CADA CATEGORIA PROFISSIONAL
4- DIVISÃO DESIGUAL DAS ATIVIDADES ENTRE PROFISSIONAIS
5- AUSÊNCIA DE EQUIDADE NA DIVISÃO DO TRABALHO DOS PROFISSIONAIS

Ação programada	Meta programada	Indicador	Fonte de Verificação	Insumos necessários	Prazo	Responsável	Parceiros
1-Realização de reunião dialógica (roda de cogestão), para planejamento e avaliação das atividades desenvolvidas por categorias e equipes da ESF, bem como um momento de troca de conhecimentos sobre aos processos produtivos de cada categoria profissional, com horário firmado na agenda da UAPS. Utilizando um horário de Educação Permanente por mês.	12	Nº de reuniões realizadas por Nº de reuniões programadas.	Ata das reuniões ou frequência	-	Out. 2018 Out. 2019	Gestora e trabalhadores	CORES SMS CLS
2-Solicitação de uma capacitação na operacionalização do sistema FAST MEDIC, à Célula dos Sistemas de Informações e Análise em Saúde (CEINFA), para os trabalhadores da UAPS.	1	Ofício expedido	Cópia do ofício	- Papel - Impressão	Out-2018	Gestora	SMS

Fonte: Figura construída pelos participantes do curso.

**CURSO INTRODUTÓRIO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR DA SAÚDE: UMA ABORDAGEM DIALOGADA COM
 TRABALHADORES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA**
PRODUTO: PLANO DE AÇÃO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR DA SAÚDE – UAPS IRMÃ HERCÍLIA LIMA ARAGÃO
BLOCO C – DIZ RESPEITO A NÃO VALORIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE (UAPS)
MODELO PLANO DE AÇÃO DA SMS

DIRETRIZ – FORTALECIMENTO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE PARA OS TRABALHADORES E TRABALHADORAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.

OBJETIVO 1- Desenvolver as ações de vigilância, promoção e assistência à saúde do (a) trabalhador (a) da Unidade de Atenção Primária Irmã Hercília, independente do vínculo ou categoria profissional.

META I – Implantação de 50% das ações programadas no plano até outubro de 2019.

INDICADOR – Número de ações implantadas por número de ações programadas

PROBLEMAS DE REFERÊNCIA: 1- DESVALORIZAÇÃO DO PROFISSIONAL FRENTE AO USUÁRIO PELA GESTÃO;
2- DESTRATO POR USUÁRIO OU OUTRO PROFISSIONAL; **3-**AUSÊNCIA DE UM LOCAL ADEQUADO PARA AS REFEIÇÕES, INTERVALO;
4-FALTA DE FLEXIBILIDADE NO REGISTRO DO CONTROLE DA ASSIDUIDADE DO TRABALHADOR E EXPOSIÇÃO DESNECESSÁRIA DO TRABALHADOR NO MOMENTO DE REGISTRAR O PONTO

Ação programada	Meta programada	Indicador	Fonte de Verificação	Insumos necessários	Prazo	Responsável	Parceiros
1-Realização do evento “resgate da valorização do trabalhador da saúde junto aos usuários”, visando maior vinculação e conscientização dos atores sociais do SUS, quanto aos direitos e deveres de cada um no exercício do cuidado.	01	Evento realizado	Registros do evento na mídia da SMS	Folder/cartaz, multimídia para palestras, Camisas com a marca do Evento.	Abril 2019	Gestor Trabalhadores Conselho Local de Saúde	CEREST COGETS SMS CMS CORES
2- Elaboração de panfleto/ cartaz sobre o valor do profissional da saúde na vida da comunidade	01	Panfleto elaborado	Panfleto elaborado	Papel, caneta colorida,	Out /2018	Profissionais da UAPS	CEREST
3-Solicitação de Impressão do panfleto/ cartaz elaborado via processo, com cópia do panfleto/cartaz em anexo.	10.000	Panfletos impressos	Processo de solicitação.	Trabalho gráfico	Nov/2018	Gestora da UAPS	SMS
4- Solicitação de aquisição de camisas com a marca do evento, via processo, com cópia do modelo em anexo.	150	Camisas recebidas	Processo de solicitação.	Aquisição de camisas	Nov/2018	Gestora da UAPS	SMS
5-Realização de dinâmicas e momentos de integração, para promover maior aproximação entre os profissionais.	10	Nº de din. realizadas por nº de din programadas	Frequência	Som, Papel, Caneta Ervas...	Out/ 2018 a Out 2019	Profissionais da UAPS	CEREST Grupo Cirandas da Vida

Fonte: Figura construída pelos participantes do curso.

CURSO INTRODUTÓRIO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR DA SAÚDE: UMA ABORDAGEM DIALOGADA COM TRABALHADORES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

PRODUTO: PLANO DE AÇÃO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR DA SAÚDE – UAPS IRMÃ HERCÍLIA LIMA ARAGÃO BLOCO C – DIZ RESPEITO A NÃO VALORIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE (UAPS)

MODELO PLANO DE AÇÃO DA SMS

DIRETRIZ – FORTALECIMENTO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE PARA OS TRABALHADORES E TRABALHADORAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.

OBJETIVO 1- Desenvolver as ações de vigilância, promoção e assistência à saúde do (a) trabalhador (a) da Unidade de Atenção Primária Irmã Hercília, independente do vínculo ou categoria profissional.

META I – Implantação de 50% das ações programadas no plano até outubro de 2019.

INDICADOR – Número de ações implantadas por número de ações programadas

PROBLEMAS DE REFERÊNCIA: 1- DESVALORIZAÇÃO DO PROFISSIONAL FRENTE AO USUÁRIO PELA GESTÃO;
 2- DESTRATO POR USUÁRIO OU OUTRO PROFISSIONAL; 3-AUSÊNCIA DE UM LOCAL ADEQUADO PARA AS REFEIÇÕES, INTERVALO;
 4-FALTA DE FLEXIBILIDADE NO REGISTRO DO CONTROLE DA ASSIDUIDADE DO TRABALHADOR E EXPOSIÇÃO DESNECESSÁRIA DO TRABALHADOR NO MOMENTO DE REGISTRAR O PONTO

Ação programada	Meta programada	Indicador	Fonte de Verificação	Insumos necessários	Prazo	Responsável	Parceiros
6-Solicitação da construção ou adequação de um espaço destinado para as refeições e intervalo do almoço, para os trabalhadores que cumprem carga horária de 40 horas, através de ofício enviado para a CORES II, SMS e faculdades parceiras da unidade	02	Ofícios enviados	Protocolo	Papel Computador impressora	Out 2018	Gestão local	CORES SMS CLS
7-Realização de bazar e/ou bingos para arrecadar verbas, para a construção na UAPS de um espaço adequado para refeição.	02	Nº de atividades realizadas por nº de atividades programadas	Assinatura frequência	O grupo organizador se responsabilizar á pelos insumos necessários.	Out/nov-2018	Gestora Trabalhadore s da unidade e representante s da comunidade	CEREST
8- Inclusão na pauta da 1ª reunião de roda de gestão a discussão sobre a flexibilidade no registro do ponto biométrico, para os (as) trabalhadores (as) que por questões de força maior necessitem utilizá-la. E o local da máquina de registro de ponto que deve ser colocada em lugar mais reservado e de fácil acesso.	01	Inclusão da questão na pauta de reunião	Pauta de reunião e ata	Papel impressão	Out/nov-2018	Trabalhadore s da UAPS	

Fonte: Figura construída pelos participantes do curso.

CURSO INTRODUTÓRIO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR DA SAÚDE: UMA ABORDAGEM DIALOGADA COM TRABALHADORES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PRODUTO: PLANO DE AÇÃO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR DA SAÚDE – UAPS IRMÃ HERCÍLIA LIMA ARAGÃO
BLOCO D– DIZ RESPEITO A NECESSIDADE DE CUIDAR DA SAÚDE DO TRABALHADOR DA SAÚDE (UAPS)

MODELO PLANO DE AÇÃO DA SMS

DIRETRIZ – FORTALECIMENTO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE PARA OS TRABALHADORES E TRABALHADORAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.

OBJETIVO 1- Desenvolver as ações de vigilância, promoção e assistência à saúde do (a) trabalhador (a) da Unidade de Atenção Primária Irmã Hercília, independente do vínculo ou categoria profissional.

META I – Implantação de 50% das ações programadas no plano até outubro de 2019.

INDICADOR – Número de ações implantadas por número de ações programadas

PROBLEMAS DE REFERÊNCIA: 1- POUCA PERCEPÇÃO DO TRABALHADOR DA SAÚDE SOBRE SUA SAÚDE, INCLUSIVE COM A SAÚDE MENTAL

Ação programada	Meta programada	Indicador	Fonte de Verificação	Insumos necessários	Prazo	Responsável	Parceiros
1-Implantação na UAPS do serviço Atenção à Saúde e Segurança do Trabalhador da Saúde, para os trabalhadores da UAPS	01	Serviço implantado	Desenho e fluxograma do serviço	Computador, internet, impressora, papel.	Out/2018 a Mar/2019	Gestão e Comissão de trabalhadores da UAPS	CEREST
2-Realizar mensalmente a terapia “resgate da autoestima” com os profissionais de saúde da UPAS, utilizando um horário de educação permanente.	11	Nº de encontros realizados por Nº de encontros programados	Frequência	Anexo (prédio) Colchonetes Som CD's	Nov/2018 a out/2019	Profissionais da UAPS com formação, para conduzir a terapia	Centro de formação paroquial CRAS Paroquia Dom Bosco
3-Incentivo a participação dos profissionais da UAPS, nas terapias e demais atividades direcionadas à saúde e segurança dos trabalhadores da Saúde ofertadas na UAPS	-	Novos trabalhadores aderindo as atividades	Registros de atendimento	-	Nov/2018 a Out/2019	Trabalhadores envolvidos na terapia e a gestora	

Fonte: Figura construída pelos participantes do curso.

CURSO INTRODUTÓRIO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR DA SAÚDE: UMA BORDAGEM DIALOGADA COM TRABALHADORES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PRODUTO: PLANO DE AÇÃO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR DA SAÚDE – UAPS IRMÃ HERCÍLIA LIMA ARAGÃO

Período - Outubro de 2018 a outubro de 2019

BLOCO A – DIZ RESPEITO A FALTA DE SEGURANÇA NA UAPS - MODELO - PLANILHA PLANO DE AÇÃO -5W3H – PROBLEMA DE REFERÊNCIA - 1- FALTA DE SEGURANÇA NA UNIDADE BÁSICA-

Macroproblema – Aumento da violência Urbana **Nó crítico** – Retirada do profissional da área de segurança da UAPS

O QUE FAZER?	POR QUE FAZER?	QUEM VAI FAZER?	QUANDO FAZER?	ONDE FAZER?	COMO FAZER?	QUANTO CUSTA	INDICADOR
1- Realização e envio, para a gestão da UAPS, de um abaixo assinado com usuários e profissionais, a fim de reivindicar a presença de vigilante, como fator fundamental para o atendimento no posto. Bem como maior apoio policial nas rondas, para que sejam frequentes, protegendo os profissionais e usuários que chegam e saem do posto	Porque a figura do vigilante e a presença do Ronda do quarteirão têm potencial para reduzir no trabalhador da saúde o sentimento de insegurança e de exposição a maior risco de violência, considerando que esses	Os trabalhadores da UAPS, sob a condução da Comissão de Saúde do Trabalhador da Saúde e o apoio do CEREST, dos Usuários e Conselho Local de Saúde	Out 2018	Na UAPS e comunidade	Os trabalhadores que aderiam à Comissão de Saúde do Trabalhador da Saúde, junto a equipe técnica do CEREST devem redigir um abaixo assinado solicitando o retorno do vigilante, bem como maior frequência do Ronda do Quarteirão nas imediações da UAPS, em horários específicos. Depois buscar apoio na comunidade registrando as assinaturas no documento. Concluído o abaixo assinado, encaminhar para a gestão da UAPS, com segunda via assinada para ser arquivada pela comissão.	-	Abaixo assinado entregue
2- Solicitação do retorno do profissional vigilante, para a UAPS durante os turnos de atendimento, via ofício.	profissionais têm expertise no enfrentamento destes riscos.	Gestora da UAPS	Out 2018	UAPS CORES SMS	De posse do abaixo assinado, a gestora deverá levar ao conhecimento da CORES e da SMS o que está sendo solicitado pelos trabalhadores, através de ofício/processo. Acompanhar o andamento do processo dando devolutiva para os trabalhadores da UAPS e Conselho Local de Saúde.	-	Nº do processo

Fonte: Figura construída pelos participantes do curso.

BLOCO B – DIZ RESPEITO A NECESSIDADE DE PLANEJAMENTO E COGESTÃO**MODELO- PLANILHA PLANO DE AÇÃO -5W3H –****PROBLEMAS DE REFERÊNCIA:** 1- FALTA DE RODAS DE PLANEJAMENTO ENTRE GESTÃO E CATEGORIAS PROFISSIONAIS

2- DESORGANIZAÇÃO DO PLANEJAMENTO E EXECUÇÃO DAS AÇÕES

3-DESCONHECIMENTO DO PROCESSO PRODUTIVO DE CADA CATEGORIA PROFISSIONAL

4- DIVISÃO DESIGUAL DAS ATIVIDADES ENTRE PROFISSIONAIS

5- AUSÊNCIA DE EQUIDADE NA DIVISÃO DO TRABALHO DOS PROFISSIONAIS

Macroproblema – Ausência da prática de cogestão**Nó crítico** – Não previsão na agenda da UAPS, para planejamento e avaliação das atividades desenvolvidas.

O QUE FAZER?	POR QUE FAZER?	QUEM VAI FAZER?	QUANDO FAZER?	ONDE FAZER?	COMO FAZER?	QUANTO CUSTA	INDICADOR
1-Realização de reunião dialógica (roda de cogestão), para planejamento e avaliação das atividades desenvolvidas por categorias e equipes da ESF, bem como um momento de troca de conhecimentos sobre aos processos produtivos de cada categoria profissional, com horário firmado na agenda da UAPS. Utilizando um horário de Educação Permanente por mês.	Porque a roda de cogestão é fundamental no processo de organização do serviço e valorização do trabalhador, enquanto ator fundamental no processo do cuidado.	Gestora, Trabalhadores da UAPS, Conselho Local de Saúde e convidados, quando se fizer necessário.	Out de 2018 a out de 2019	UAPS ou outro local acordado com a gestora e os trabalhadores	O agendamento das rodas com as equipes deverá ser feito pela gestora, buscando estabelecer um calendário fixo mensal com revezamento de turno manhã e tarde.	-	Nº de rodas realizadas por nº de rodas programadas
2-Solicitação de uma capacitação na operacionalização do sistema FAST MEDIC, à Célula dos Sistemas de Informações e Análise em Saúde (CEINFA), para os trabalhadores da UAPS.	Porque há trabalhadores que não sabem manusear o sistema e isso acarreta sobrecarga de trabalho para os que sabem.	Gestão da UAPS	Out. Nov 2018	Na UAPS	Redigir e enviar ofício de solicitação de capacitação em serviço, para a Célula dos Sistemas de Informações e Análise em Saúde (CEINFA) solicitando ainda declaração para que seja registrada como atividade de educação permanente	-	Ofício enviado

Fonte: Figura construída pelos participantes do curso.

**BLOCO C – DIZ RESPEITO A NÃO VALORIZAÇÃO DOS TRABALHADORES DA SAÚDE (UA
MODELO - PLANILHA PLANO DE AÇÃO -5W3H –**

PROBLEMAS DE REFERÊNCIA: 1- DESVALORIZAÇÃO DO PROFISSIONAL FRENTE AO USUÁRIO PELA GESTÃO
2- DESTRATO POR USUÁRIO OU OUTRO PROFISSIONAL
3-AUSÊNCIA DE UM LOCAL ADEQUADO PARA AS REFEIÇÕES, INTERVALO.
4-FALTA DE FLEXIBILIDADE NO REGISTRO DO CONTROLE DA ASSIDUIDADE DO TRABALHADOR E EXPOSIÇÃO DESNECESSÁRIA DO TRABALHADOR NO MOMENTO DE REGISTRAR O PONTO

Macroproblema – Ausência de uma efetiva Política de Recursos Humanos, que valorize o trabalhador da saúde na UAPS

Nó crítico – Falta de espaço na agenda da UAPS, para o desenvolvimento de ações que promovam maior vinculação entre usuários e trabalhadores da saúde, bem como entre os próprios trabalhadores.

O QUE FAZER?	POR QUE FAZER?	QUEM VAI FAZER?	QUANDO FAZER?	ONDE FAZER?	COMO FAZER?	QUANTO CUSTA	INDICADOR
1-Realização do evento “resgate da valorização do trabalhador da saúde junto aos usuários”, visando maior vinculação e conscientização dos atores sociais do SUS, quanto aos direitos e deveres de cada um no exercício do cuidado.	Para fortalecer o vínculo e conscientizar o usuário para um novo olhar com o profissional da saúde	Todos os profissionais, inclusive os do NASF, sob a condução da Comissão de Saúde do Trabalhador da Saúde, apoio do CEREST, Conselho Local de Saúde dentre outros.	Abril 2019 (Dia Mundial da Saúde 7 de abril)	Auditório corredor ou sala de espera	As atividades, bem como os insumos necessários, para a realização serão programadas pela Comissão e socializadas com todos os trabalhadores, para participação efetiva. Programação dialógica ocorrerá na sala de espera e no auditório, envolvendo os usuários desde o acolhimento.	5.000,00	Evento realizado
2- Elaboração de panfleto/ cartaz sobre o valor do profissional da saúde na vida da comunidade	Porque se faz necessário esclarecer continuamente o usuário do SUS a respeito da temática, a fim de aumentar o vínculo entre esses atores.	Gestão trabalhadores Carlos Henrique, Iranildo	Out/2018	Na UAPS	Os trabalhadores da UAPS devem sugerir os temas a serem abordados e o Carlos Henrique e o Iranildo irão elaborar a arte e apresentar, para aprovação do grupo.	-	Esboço da versão final do panfleto elaborado e acordado

Fonte: Figura construída pelos participantes do curso.


BLOCO C – DIZ RESPEITO A NÃO VALORIZAÇÃO DOS TRABALHADORES DA SAÚDE (UAPS)
MODELO - PLANILHA PLANO DE AÇÃO -5W3H –
PROBLEMAS DE REFERÊNCIA: 1- DESVALORIZAÇÃO DO PROFISSIONAL FRENTE AO USUÁRIO PELA GESTÃO

2- DESTRATO POR USUÁRIO OU OUTRO PROFISSIONAL

3-AUSÊNCIA DE UM LOCAL ADEQUADO PARA AS REFEIÇÕES, INTERVALO.

4-FALTA DE FLEXIBILIDADE NO REGISTRO DO CONTROLE DA ASSIDUIDADE DO TRABALHADOR E

EXPOSIÇÃO DESNECESSÁRIA DO TRABALHADOR NO MOMENTO DE REGISTRAR O PONTO

Macroproblema – Ausência de uma efetiva Política de Recursos Humanos, que valorize o trabalhador da saúde na UAPS

Nó crítico – Falta de espaço na agenda da UAPS, para o desenvolvimento de ações que promovam maior vinculação entre usuários e trabalhadores da saúde, bem como entre os próprios trabalhadores.

O QUE FAZER?	POR QUE FAZER?	QUEM VAI FAZER?	QUANDO FAZER?	ONDE FAZER?	COMO FAZER?	QUANTO CUSTA	INDICADOR
3-Solicitação de Impressão do panfleto/ cartaz elaborado via processo, com cópia do panfleto/cartaz em anexo.	Porque a utilização de panfleto/ cartaz servirá para conduzir e fortalecer a atividade programada	Gestão	Out 2018	UAPS	Solicitar a impressão do panfleto/cartaz à SMS através de ofício com abertura de processo	-	Processo de solicitação para impressão de panfleto aberto.
4- Solicitação de aquisição de camisas com a marca do evento, via processo, com cópia do modelo em anexo.	Porque a identificação do evento na camisa dos participantes e fortalecer a atividade programada.	Gestão ou trabalhadores	Dez/2018	UAPS/ SMS	Solicitar a SMS, por meio de ofício/ processo a aquisição de camisas com a marca do evento. Ou os trabalhadores irão organizar bazar para arrecadar dinheiro, para comprar as camisas.	-	Processo de solicitação para aquisição das camisas aberto. Ou realização do bazar.

Fonte: Figura construída pelos participantes do curso.

**BLOCO C – DIZ RESPEITO A NÃO VALORIZAÇÃO DOS TRABALHADORES DA SAÚDE (UAPS)
 MODELO - PLANILHA PLANO DE AÇÃO -5W3H –**

PROBLEMAS DE REFERÊNCIA: 1- DESVALORIZAÇÃO DO PROFISSIONAL FRENTE AO USUÁRIO PELA GESTÃO
 2- DESTRATO POR USUÁRIO OU OUTRO PROFISSIONAL
 3-AUSÊNCIA DE UM LOCAL ADEQUADO PARA AS REFEIÇÕES, INTERVALO.
 4-FALTA DE FLEXIBILIDADE NO REGISTRO DO CONTROLE DA ASSIDUIDADE DO TRABALHADOR E EXPOSIÇÃO DESNECESSÁRIA DO TRABALHADOR NO MOMENTO DE REGISTRAR O PONTO

Macroproblema – Ausência de uma efetiva Política de Recursos Humanos, que valorize o trabalhador da saúde na UAPS

Nó crítico – Falta de espaço na agenda da UAPS, para o desenvolvimento de ações que promovam maior vinculação entre usuários e trabalhadores da saúde, bem como entre os próprios trabalhadores

O QUE FAZER?	POR QUE FAZER?	QUEM VAI FAZER?	QUAND O FAZER?	ONDE FAZER?	COMO FAZER?	QUANT O CUSTA	INDICADOR
5-Realização de dinâmicas e momentos de integração, para promover maior aproximação entre os profissionais.	Porque o uso de dinâmicas de integração tem potencial para melhorar a autoestima e fortalecer os laços de amizade entre os trabalhadores.	Fátima e Cristiano	Out/ 2018 a out 2019 Nas Terças feiras	No auditório da UAPS	Técnicas relaxamento meditação e resgate autoestima	-	Nº de dinâmicas realizadas por nº de dinâmicas programadas.
6-Solicitação da construção ou adequação de um espaço destinado para as refeições e intervalo do almoço, para os trabalhadores que cumprem carga horária de 40 horas, através de ofício enviado para a CORES II, SMS e faculdades parceiras da unidade	Porque existe uma necessidade, urgente de oferecer aos trabalhadores da UAPS um ambiente adequado para refeição. É uma forma de valorizar o trabalhador e proteger sua saúde. Sendo ainda um direito legal ter no ambiente de trabalho um local em boas condições de higiene e segurança no momento das refeições.	Gestão	Out/2018	Na UAPS	A gestora vai redigir e enviar um ofício, para a CORES II/SMS, solicitando a construção do espaço ou a autorização para que seja construído com recursos dos próprios trabalhadores, adquiridos em bazar, bingos e outros movimentos coletivos.	-	Cópia assinada do ofício expedido

Fonte: Figura construída pelos participantes do curso.

BLOCO C – DIZ RESPEITO A NÃO VALORIZAÇÃO DOS TRABALHADORES DA SAÚDE (UAPS)

MODELO - PLANILHA PLANO DE AÇÃO -5W3H –

PROBLEMAS DE REFERÊNCIA: 1- DESVALORIZAÇÃO DO PROFISSIONAL FRENTE AO USUÁRIO PELA GESTÃO
2- DESTRATO POR USUÁRIO OU OUTRO PROFISSIONAL
3-AUSÊNCIA DE UM LOCAL ADEQUADO PARA AS REFEIÇÕES, INTERVALO.
4-FALTA DE FLEXIBILIDADE NO REGISTRO DO CONTROLE DA ASSIDUIDADE DO TRABALHADOR E EXPOSIÇÃO DESNECESSÁRIA DO TRABALHADOR NO MOMENTO DE REGISTRAR O PONTO

Macroproblema – Ausência de uma efetiva Política de Recursos Humanos, que valorize o trabalhador da saúde na UAPS

Nó crítico – Falta de espaço na agenda da UAPS, para o desenvolvimento de ações que promovam maior vinculação entre usuários e trabalhadores da saúde, bem como entre os próprios trabalhadores

O QUE FAZER?	POR QUE FAZER?	QUEM VAI FAZER?	QUANDO FAZER?	ONDE FAZER?	COMO FAZER?	QUANTO CUSTA	INDICADOR
7-Realização de bazar e/ou bingos para arrecadar verbas, para a construção na UAPS de um espaço adequado para refeição.	Porque a construção do espaço é uma necessidade real e urgente. E parece não haver previsão de construção pela SMS. Além disso a ação visa sensibilizar os profissionais e usuários para a redução de resíduos e reutilização de produtos	Profissionais da UAPS, com a condução do Ricardo ACS, a gestora e a comunidade.	Out/ nov- 2018	UAPS	O bazar será programado em comum acordo com a gestão. E o grupo organizador se responsabilizará pelos insumos necessários.	-	Bazar realizado
8- Inclusão na pauta da 1ª reunião de roda de gestão a discussão sobre a flexibilidade no registro do ponto biométrico, para os (as) trabalhadores (as) que por questões de força maior necessitem utilizá-la. E o local da máquina de registro de ponto que deve ser colocada em lugar mais reservado e de fácil acesso.	Porque há a necessidade de dialogar no coletivo a questão da flexibilidade do ponto, bem como o local onde a máquina está colocada, pois é fonte geradora de conflitos e constrangimentos entre trabalhadores e usuários.	Profissionais da UAPS com a gestora	Out. 2018	1ª Reunião de roda, no Auditório UAPS	Incluir na pauta da reunião, a discussão sobre a flexibilidade no registro do ponto, devendo a questão ser pactuada em consenso com o grupo.	-	Inclusão do assunto na pauta.

Fonte: Figura construída pelos participantes do curso

**BLOCO D – DIZ RESPEITO A NECESSIDADE DE CUIDAR DA SAÚDE DO TRABALHADOR DA SAÚDE
MODELO - PLANILHA PLANO DE AÇÃO -5W3H –**

PROBLEMAS DE REFERÊNCIA: 1- POUCA PERCEPÇÃO DO TRABALHADOR DA SAÚDE SOBRE SUA SAÚDE, INCLUSIVE COM A SAÚDE MENTAL

Macroproblema – Ausência de Serviço de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalhador da Saúde em nível municipal.

Nó crítico – Organizar em nível local, um serviço de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalhador da Saúde, a ser desenvolvido pelos próprios profissionais da UAPS.

O QUE FAZER?	POR QUE FAZER?	QUEM VAI FAZER?	QUANDO FAZER?	ONDE FAZER?	COMO FAZER?	QUANTO CUSTA	INDICADOR
1-Implantação na UAPS do serviço Atenção à Saúde e Segurança do Trabalhador da Saúde, para os trabalhadores da UAPS	Porque é um serviço necessário para unificar as ações de atenção à saúde e segurança do trabalhador, gerar conhecimento do diagnóstico de saúde do trabalhador, tendo por objetivo melhorar a vida do trabalhador sua saúde física e mental, além de contribuir com a melhoria da qualidade da atenção e rentabilidade no trabalho.	Gestão Comissão	Out/ 2018 a Mar/ 2019	Na UAPS	Montar uma comissão, a partir desse curso, para implantar o serviço, elaborar prontuários dos trabalhadores, organizar cronograma, para o planejamento das ações, fazer o diagnóstico situacional da saúde e segurança do trabalhador, criar o monitoramento dos agravos e doenças dos trabalhadores da UAPS	-	Serviço implantado
2-Realizar mensalmente a terapia “resgate da autoestima” com os profissionais de saúde da UPAS, utilizando um horário de educação permanente.	Porque é uma Ferramenta de suporte do trabalhador, para melhorar a autoestima, a percepção de si e dos outros, contribuindo para a qualidade de vida, oportuniza a utilização das terapias complementares.	Fátima, Cristiano, Marlene e Conceição	Nov/ 2018 a Out/ 2019	-Centro de formação paroquial -Anexo UAPS	Reunião do grupo de terapeutas para planejamento e agendamento, das terapias, a partir do levantamento dos horários de educação permanente visando, organizar terapias em horários alternativos para abraçar o máximo de trabalhadores.	-	Nº de terapias realizadas
3-Incentivo a participação dos profissionais da UAPS, nas terapias e demais atividades direcionadas à saúde e segurança dos trabalhadores da Saúde ofertadas na UAPS	Porque a participação nestas terapias proporciona benefícios à saúde do trabalhador refletindo na melhoria do autocuidado, e na qualidade da atenção e rentabilidade no trabalho	Todos os trabalhadores que conhecem os benefícios da terapia	Nov/ 2018 a Out/ 2019	Centro de formação paroquial -Anexo UAPS	Todos os profissionais, que atendem o trabalhador, devem orientar sobre a importância de participar das atividades das terapias. No check list das ações/ atividades que o trabalhador deve realizar incluir o momento da terapia.	-	Novos trabalhadores aderindo a terapia

Fonte: Figura construída pelos participantes do curso.