



Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva/**UFRN**

Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

Janete Lima de Castro (Org.)
Rosana Lúcia Alves de Vilar (Org.)
Francisca Nazaré Liberalino (Org.)



Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

Janete Lima de Castro (Org.)
Rosana Lúcia Alves de Vilar (Org.)
Francisca Nazaré Liberalino (Org.)

Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde



Natal – RN, 2012

Governo Federal

Presidente da República

Dilma Vana Rousseff

Vice-Presidente da República

Michel Miguel Elias Temer Lulia

Ministro da Saúde

Alexandre Padilha

Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

Mozart Júlio Tabosa Sales

Reitora

Ângela Maria Paiva Cruz

Vice-Reitora

Maria de Fátima Freire Melo Ximenes

Secretária de Educação a Distância

Maria Carmem Freire Diógenes Rêgo

Secretária Adjunta de Educação a Distância

Eugênia Maria Dantas

Coordenadora do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da UFRN – NESC

Maurício Roberto Campelo de Macedo

Vice-coordenadora do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da UFRN – NESC

Susana Maria Miranda Dantas

FICHA CRÉDITO

NESC – Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva/UFRN

Organizadores

Janete Lima de Castro

Rosana Lúcia Alves de Vilar

Francisca Nazaré Liberalino

Colaboradores

Ana Paula Cerca (Ministério da Saúde)

Vera Aparecida de Oliveira (Ministério da Saúde)

Welcio Sílvio de Toledo (Ministério da Saúde)

Autores

Janete Lima de Castro

Rosana Lúcia Alves de Vilar

Maria Jalila Vieira de Figueirêdo Leite

Elizabeth Cristina Fagundes de Souza

Sheila Saint-Clair da S. Teodosio

Francisca Nazaré Liberalino

Jorge Luiz de Castro

Grasiela Piuvezam

Autor-colaborador

Maurício Roberto Campelo de Macedo

FICHA TÉCNICA

SEDIS – Secretaria da Educação a Distância/UFRN

COORDENAÇÃO DE PRODUÇÃO DE MATERIAIS DIDÁTICOS

Marcos Aurélio Felipe

GESTÃO DE PRODUÇÃO DE MATERIAIS

Luciana Melo de Lacerda

Rosilene Alves de Paiva

PROJETO GRÁFICO

Ivana Lima

Revisão de estrutura e linguagem

Eugenio Tavares Borges

Janio Gustavo Barbosa

Jeremias Alves de Araújo

Kaline Sampaio de Araújo

Luciane Almeida Mascarenhas de Andrade

Thalyta Mabel Nobre Barbosa

Revisão de língua portuguesa

Camila Maria Gomes

Cristinara Ferreira dos Santos

Emanuelle Pereira de Lima Diniz

Priscila Xavier de Macedo

Rhena Raize Peixoto de Lima

Revisão de normas da ABNT

Verônica Pinheiro da Silva

Diagramação

Ana Paula Resende

Carolina Aires Mayer

Davi Jose di Giacomo Koshiyama

Elizabeth da Silva Ferreira

Ivana Lima

José Antonio Bezerra Junior

Rafael Marques Garcia

Criação e edição de imagens

Anderson Gomes do Nascimento

Carolina Costa de Oliveira

Dickson de Oliveira Tavares

Roberto Luiz Batista de Lima

Rommel Figueiredo

Módulo matemático

Rommel Figueiredo

Revisão tipográfica

Priscila Xavier de Macedo

Pré-impressão

Carolina Aires Mayer

José Antonio Bezerra Junior

IMAGENS UTILIZADAS

Acervo da UFRN

www.depositphotos.com

www.morguefile.com

www.sxc.hu

Encyclopædia Britannica, Inc.

Catálogo da publicação na fonte. Bibliotecária Verônica Pinheiro da Silva.

Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde / Janete Lima de Castro, Rosana Lúcia Alves de Vilar e Francisca Nazaré Liberalino (Org.). – Natal: EDUFRN, 2012.

271 p.: il.

Livro didático do curso de especialização e aperfeiçoamento em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, oferecido pelo Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESC), em parceria com a Secretaria de Educação a Distância (SEDIS/UFRN).

1. Saúde: educação. 2. Gestão de trabalho. 3. Saúde coletiva. I. Castro, Janete Lima de. II. Vilar, Rosana Lúcia Alves de. III. Liberalino, Francisca Nazaré.

CDU 614:37

G393

Sumário

Apresentação Institucional	5
Unidade I	11
Módulo 1	15
Módulo 2	41
Módulo 3	51
Unidade II	69
Módulo 1	73
Módulo 2	85
Módulo 3	103
Módulo 4	113
Módulo 5	131
Módulo 6	161
Unidade III	173
Módulo 1	177
Módulo 2	203
Unidade IV	229
Módulo 1	233
Módulo 2	245
Módulo 3	265

Apresentação Ministério da Saúde

Prezados (as) gestores (as) e trabalhadores (as) de saúde,

É com alegria que apresentamos os Cursos de Especialização e Aperfeiçoamento em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, parceria do Ministério da Saúde e da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, utilizando a ferramenta da Educação a Distância, conhecida como EaD – Educação a Distância. Estamos convencidos de que este é um caminho para a ampliação da oferta de qualificação nesta área, que ainda carece de gestores preparados e com acúmulo sobre o tema para fortalecimento da consolidação do SUS.

A construção deste curso contou com o acúmulo de outras experiências como o CADRHU – Capacitação e Desenvolvimento em Recursos Humanos e os cursos de especialização presencial do PROGESUS – Projeto de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho em Saúde, em parceria do Ministério da Saúde com a ENSP – FIOCRUZ e com a colaboração de muitos gestores trabalhadores que se dedicam ao estudo do tema. Esperamos ter acertado no tom, na escolha dos textos, dos temas e na seleção dos conteúdos.

O curso faz parte da estratégia para implantação da política de gestão do trabalho e educação na saúde nos estados e municípios, visando estruturar uma rede de gestores que se dedicam ao tema e avançar na democratização das relações de trabalho e melhoria das condições de atuação profissional e atendimento no SUS.

A parceria com a UFRN possibilitou a produção de conteúdo de acordo com a tradução das necessidades apresentadas pelos gestores estaduais e municipais nos diversos fóruns que conduzimos no Departamento.

Missão complexa, realizada com maestria pela equipe do NESC/UFRN, a quem já agradecemos pela dedicação que resultou em um curso de qualidade e inovador. Desejamos que ele seja repleto de novidades e instigante e que produza, em cada um, a vontade de saber e fazer mais, mais e mais.

Reconhecemos que o gestor do trabalho e da educação na saúde atua num campo conflitante. Não há, portanto, um curso que, sozinho, o prepare para esse trabalho. A troca de experiências entre gestores, as atualizações permanentes, o diálogo com o grupo que está sob nosso comando também são ferramentas de formação. Por isso, preparamos um curso com espaços de diálogos e troca de conhecimentos.

Obviamente, o DEGERTS não quer formar apenas gestores, queremos gestores que compreendam o SUS como uma riqueza produzida pelo povo brasileiro; que façam gestão utilizando-se da negociação permanente como metodologia; que criem grupos para discutir condições de trabalho, saúde do trabalhador da saúde, organização do sistema de saúde, educação dos trabalhadores, sistemas de informações sobre a força de trabalho necessária para o SUS no seu território. Queremos gestores engajados na construção de uma rede de gestão do trabalho em saúde no Brasil. Gestores que opinem, participem e experimentem, no cotidiano, a gestão participativa.

Aproveitem o curso e mandem notícias!

Um abraço,

Denise Motta Dau

Diretora do DEGERTS/SGTES/MS

Apresentação NESC – UFRN

É com enorme satisfação que apresentamos os Cursos de Aperfeiçoamento e Especialização em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, uma proposta assentada em um percurso que se fez ao longo de uma história com várias experiências no âmbito estadual, nacional e internacional na referida área desenvolvida pelo Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESC/UFRN).

O curso é resultante de uma parceria entre a Universidade Federal do Rio Grande do Norte e o Ministério da Saúde, sendo caracterizado como uma estratégia de apoio à estruturação de uma rede de gestão do trabalho e da educação na saúde no Brasil. Pela UFRN, além do NESC, outros departamentos participam desta parceria, assim como a Secretaria de Educação a Distância (SEDIS).

Promover a tessitura e o diálogo no campo da gestão do trabalho e da educação na saúde, que possui problemas comuns, possibilitará o intercâmbio de vivências e a otimização de soluções conjuntas que irão contribuir para a qualificação dos gestores e a das ações desenvolvidas.

Nesse sentido, será utilizado um método pedagógico que prioriza metodologias ativas na modalidade do ensino a distância, já vivenciadas em outros processos educativos deste Núcleo com a concepção da educação permanente.

Esperamos que os cursos possam oferecer aos alunos possibilidades teóricas, metodológicas e práticas para compreender e intervir nos cenários complexos das instituições, embasadas em valores fundamentais, tais como: responsabilidade, compromisso e democracia!

Desejamos êxito no caminho que será trilhado e que ao final os seus resultados reflitam mudanças na perspectiva do fortalecimento do Sistema Único de Saúde.

Natal, 2012.

Maurício Roberto Campelo de Macedo
Coordenador do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva
Doutor em Saúde Coletiva e Professor da UFRN

Informações sobre o curso

Propósito

Qualificar os processos de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde no âmbito do setor público de saúde através da capacitação dos técnicos que atuam nas dimensões política, técnica e administrativa.

Caracterização

Curso de especialização (com 394 horas) e curso de aperfeiçoamento (com 304 horas) direcionados a qualificação de gestores do trabalho e da educação no SUS, utilizando a modalidade de Educação a Distância como uma estratégia educacional capaz de atingir maior número de profissionais envolvidos direta ou indiretamente, neste campo de atuação

Clientela

Profissionais que assumem as funções de assessoramento, coordenação ou gerência de recursos humanos nos diversos níveis hierárquicos das instituições de saúde, em especial das áreas de gestão e de preparação de pessoal. E também os representantes dos trabalhadores nas Mesas de Negociação do Trabalho das Secretarias Municipais de Saúde (SMS) e Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS.

Objetivos

As unidades didáticas são constituídas por sequências de atividades, cujo encadementamento pretende propiciar aos participantes o alcance dos seguintes objetivos gerais.

- Compreender as questões relacionadas à gestão do trabalho e da educação a partir da construção histórica do Sistema Único de Saúde (SUS) e da sua relação com a cidadania, das transformações que se dão no mundo do trabalho contemporâneo e de suas repercussões nos modos de produzir serviços de saúde. O sistema único e o direito à cidadania; as mudanças no mundo do trabalho e as repercussões na saúde; o processo de trabalho em saúde.
- Analisar questões da gestão do trabalho no SUS nos seus aspectos institucionais e operativos, desenvolvendo um conhecimento crítico que permita a formulação de estratégias que apontem para a eficiência e efetividade dos serviços de saúde e para a melhoria da qualidade do atendimento à população.
- Promover reflexões críticas sobre a realidade existente no sistema de saúde brasileiro, inserindo elementos conceituais e ampliando o conhecimento teórico e prático na perspectiva de contribuir para qualificar a gestão e as intervenções neste campo.
- Fornecer instrumentos para que os participantes possam construir um projeto de intervenção executável na área da gestão do trabalho e da educação na saúde como parte integrante do processo de formação. Para tanto, torna-se fundamental considerar a realidade vivenciada por cada um em seu contexto de trabalho.

Estrutura do Curso

Os cursos estão organizados em unidades didáticas constituídas de módulos, sendo três unidades didáticas para o nível de especialização e três unidades didáticas para o nível de aperfeiçoamento conforme o esquema a seguir:

Unidade I – Serviços de saúde, cidadania e trabalho

Módulo 1: O SUS e o direito à cidadania

Módulo 2: As mudanças no mundo do trabalho e as repercussões na Saúde

Módulo 3: O processo de trabalho em saúde

Unidade II – Gestão do trabalho em saúde

Módulo 1: Características das instituições de saúde e o papel central dos trabalhadores

Módulo 2: Humanização na gestão do trabalho em saúde

Módulo 3: Saúde do trabalhador no contexto do SUS

Módulo 4: Negociação como metodologia de gestão do trabalho

Módulo 5: Mecanismos e instrumentos de gestão do trabalho no serviço público

Módulo 6: Informação para a gestão do trabalho e da educação na saúde: fontes e usos.

Unidade III – Gestão da educação na saúde

Módulo 1: Educação para qualificação do trabalho em saúde

Módulo 2: O processo educativo nos serviços de saúde

Unidade IV- Metodologia da pesquisa

Módulo 1: Mas o que é Ciência, mesmo?

Módulo 2: Mãos a obra... Construindo um projeto de intervenção

Módulo 3: Ufa! Quase pronto! A organização final do trabalho através do processo de normalização

Metodologia

A concepção pedagógica do curso é considerada como problematizadora, uma vez que busca a aquisição do saber vinculado ao contexto do trabalho no qual está inserido o aluno.

O processo ensino/aprendizagem nessa concepção pressupõe a construção do conhecimento a partir das experiências dos alunos e, neste sentido, apoia-se na aprendizagem significativa e por descoberta, em oposição aos processos restritos a simples recepção do saber.

Os conteúdos são expostos tendo como base problemas cujas relações devem ser descobertas e construídas pelos alunos, que reorganizam seu conhecimento, adaptando-o a sua estrutura cognitiva prévia, descobrindo relações e formas de intervenções. Eles estão articulados entre si e com a realidade de trabalho dos alunos favorecendo uma integração ensino-serviço.

Podemos ainda dizer que o método utilizado busca desenvolver atitudes críticas e criativas nos alunos preparando-os de forma intencional e sistematizada para

intervir com ações que possam contribuir para mudanças e para qualificação dos processos de trabalho.

Outro aspecto importante é que a concepção problematizadora oferece melhores condições para desenvolver no aluno “o aprender a aprender”, ou seja, estimula a capacidade do aprendiz a refletir sobre sua própria experiência de aprender, identificando as potencialidades e limitações e desenvolvendo um processo de aprendizagem em ritmo próprio e de forma contínua.

Considerando os pressupostos da referida concepção pedagógica, podemos afirmar que a mesma se adéqua ao propósito e objetivos do curso, assim como ao seu público alvo.

Avaliação

Coerentemente com a concepção pedagógica que embasa o curso, o processo de avaliação adotado parte dos seguintes pressupostos:

- Acompanha todo o processo de aprendizagem, é contínuo e tem caráter somativo e processual.
- Não se limita a um momento específico, mas ocorre durante os momentos em que o aluno participa e elabora as atividades propostas no curso.
- Tem um caráter formativo e fornece subsídios para confirmar o aprendizado, identificando necessidades de reforço e de readequações.
- Estimula a participação do aluno como sujeito do processo e não como objeto que está sendo avaliado, levando-o a refletir sobre seu aprendizado.

Nessa perspectiva, o processo de avaliação de aprendizagem deste processo educacional está distribuído nas diversas atividades existentes nas unidades didáticas que dão o arcabouço do curso. Sendo assim, ocorre a partir do acompanhamento feito e do apoio dado pelo tutor em todas as atividades previstas, considerando:

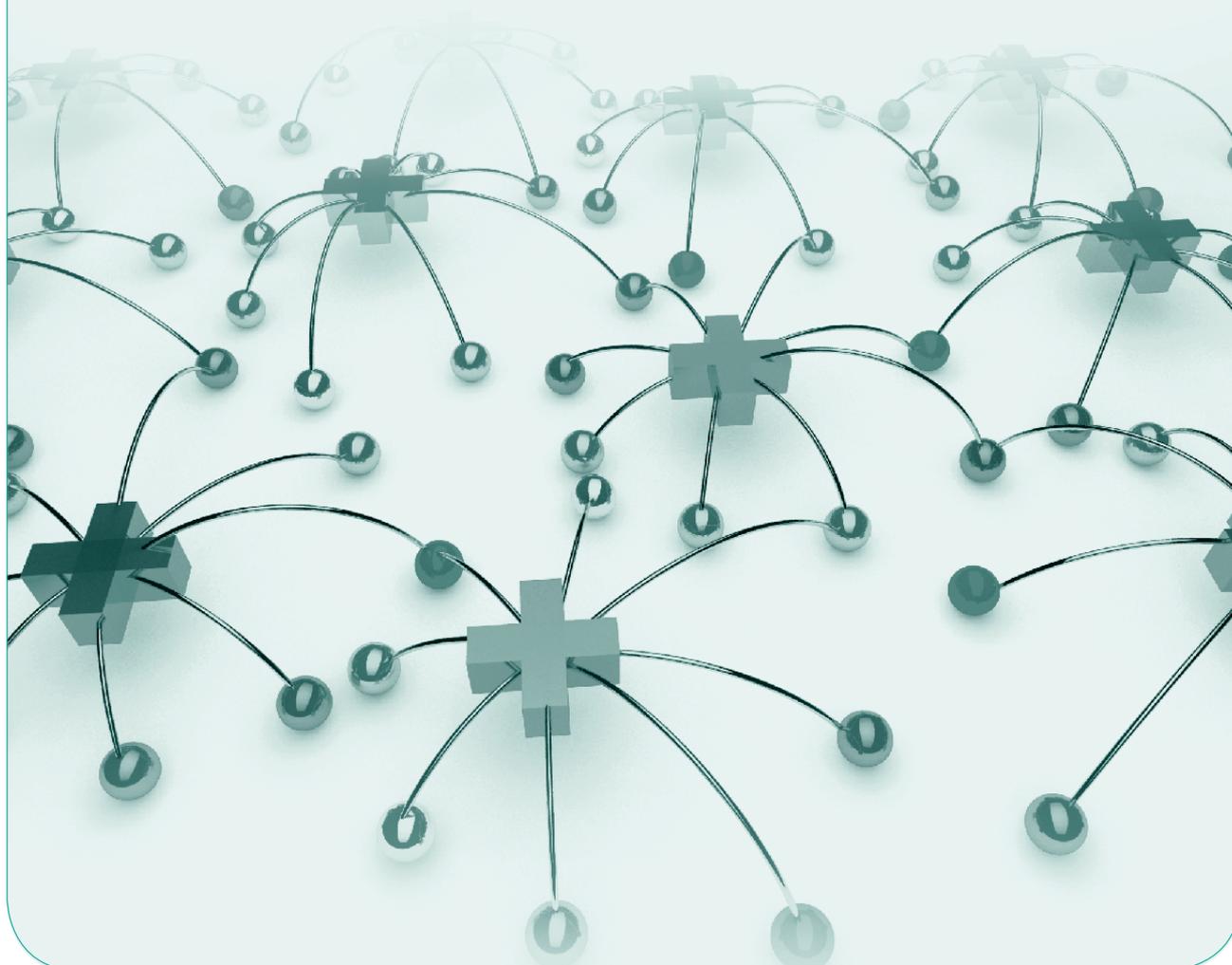
- Cumprimento da atividade didática no tempo proposto no cronograma do curso.
- Análise qualitativa do resultado da atividade didática elaborada.
- Elaboração de um trabalho de conclusão individual, construído ao longo do curso com caráter propositivo e de intervenção.
- Atribuição de valores quantitativos em uma escala de zero a dez (0- 10) para as atividades realizadas mediante critérios previamente definidos e com exigência do valor mínimo de 7,0 para aprovação.

Ao término de cada módulo, haverá uma avaliação por meio de instrumentos elaborado pela SEDIS (Secretaria de Educação a Distância), abordando aspectos fundamentais relacionados ao desenvolvimento do curso em cada módulo.

Janete Lima de Castro
Francisca Nazaré Liberalino
Rosana Lúcia Alves de Vilar

UNIDADE I

Serviços de saúde, cidadania e trabalho



Apresentação

Esta primeira Unidade tem como propósito oferecer condições para que você, estudante/gestor, possa compreender as questões relacionadas à gestão do trabalho e da educação a partir da construção histórica do Sistema Único de Saúde (SUS) e da sua relação com a cidadania, das transformações que se dão no mundo do trabalho contemporâneo e de suas repercussões nos modos de produzir serviços de saúde. Toma como base as dimensões sociopolítica, econômica, administrativa e cultural, relacionando-as aos contextos e processos de trabalho em saúde locais.

Para facilitar seus estudos e realização das atividades, esta Unidade foi organizada em três módulos que estão relacionados aos objetivos de aprendizagem propostos:

- **Módulo 1:** O SUS e o direito à cidadania
- **Módulo 2:** As transformações no mundo do trabalho e as repercussões no trabalho em saúde
- **Módulo 3:** O processo de trabalho em saúde

Se você se matriculou neste curso, significa que aceitou o nosso convite para uma caminhada pelo processo de aprender e de ensinar.

Então, vamos começar?

Como sabemos, a compreensão do contexto social, político e econômico oportuniza a seleção e implantação de ações mais conscientes. Nessa perspectiva, a presente Unidade trabalhará com os seguintes objetivos de aprendizagem:

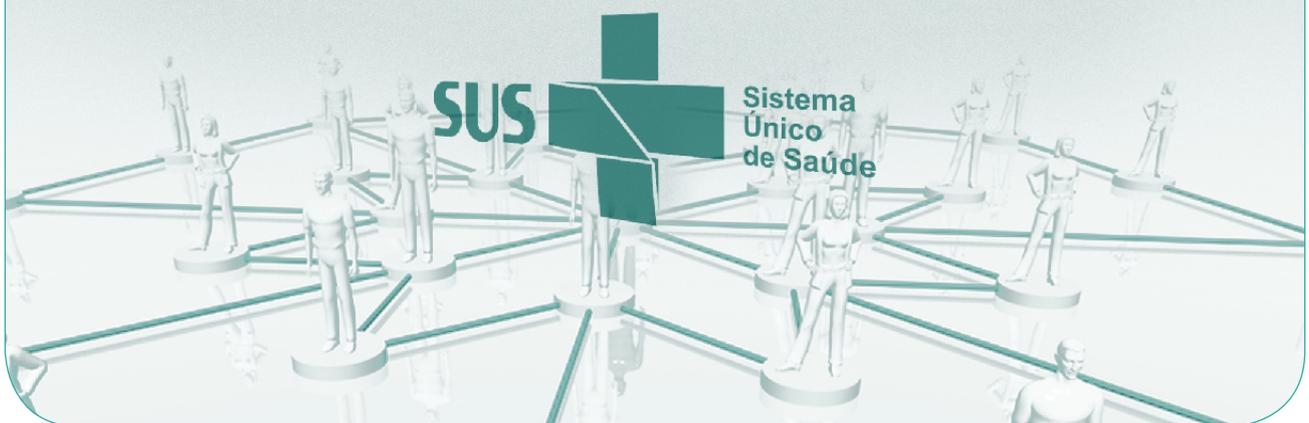
- Discutir o conceito de cidadania e seus significados concretos na atualidade, destacando o seu exercício no Sistema Único de Saúde.
- Compreender a conformação do Sistema Único de Saúde e suas implicações na prestação dos serviços de saúde e na função da gestão do trabalho e da educação na saúde.
- Identificar e compreender as transformações contemporâneas no mundo do trabalho e suas repercussões para a prática de saúde.

- Identificar e discutir aspectos da estrutura ocupacional em saúde: distribuição geográfica; tipo e natureza jurídico-administrativa dos estabelecimentos; composição por categorias ocupacionais; tipos de vínculos e outros.
- Compreender os determinantes sociopolíticos, econômicos e culturais que integram e afetam a dinâmica da força de trabalho em saúde e do emprego nesse setor.
- Analisar o processo de trabalho em saúde, identificando seus elementos e características e destacando suas especificidades em relação a outros setores de serviços.

O SUS e o direito à cidadania

Módulo

1



1.1 Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores sistemas de saúde públicos do mundo. Em outras palavras, o SUS constitui uma política pública voltada para todos e, como bem lembra Paim (2009), é a única possibilidade de atenção para mais de 140 milhões de brasileiros. Possibilidade esta reconhecida como um direito, uma vez que no texto constitucional de 1988 está garantido a toda a população um novo modelo de saúde pautado em princípios e diretrizes conhecidos como: universalidade, equidade, integralidade, descentralização e participação social. O SUS, como demonstra Mendes (1996), deve ser compreendido como um processo social em construção e também como um espaço de construção de cidadania.

É na perspectiva dessa compreensão que este módulo tem o propósito de proporcionar a você, aluno/gestor, atividades que o levem a conhecer e refletir sobre:

- 1) O conceito de cidadania e seus significados concretos na atualidade, destacando o seu exercício no Sistema Único de Saúde.
- 2) A conformação do Sistema Único de Saúde e suas implicações na prestação dos serviços de saúde e na gestão do trabalho e da educação na saúde.

Nossa caminhada será orientada por duas questões que estarão presentes em todas as Unidades deste curso:

- Quais são as competências do setor de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, tradicionalmente chamado de Recursos Humanos, nas instituições do SUS?
- Que conhecimentos os profissionais que atuam nesse setor necessitam para obter uma visão do contexto interno e externo à sua instituição?

Lembramos que a Gestão denominada Gestão do Trabalho e da Educação carrega o privilégio e a responsabilidade de reunir no contexto de sua atuação dois importantes pilares para a sustentação da cidadania: o trabalho e a educação. Este é o foco norteador deste curso.

1.2 Serviços de saúde e cidadania

Você conhece a rede de serviços de saúde pela qual a sua instituição é responsável diretamente e sua articulação com as redes dos outros níveis de gestão?

Para melhor fundamentar sua reflexão, você deverá realizar três atividades sequenciais que exigirão levantamento em algumas fontes de dados e reflexão de uma determinada situação. O propósito é provocar vocês, estudantes/gestores, a perceberem a necessidade de saírem “dos muros” dos órgãos da gestão do trabalho e da educação e lançarem o olhar em direção à rede de serviços da sua localidade.



Atividade

1

- 1** Para a elaboração desta atividade, está postado na biblioteca do curso, roteiro com orientações e sugestões de quadros para a síntese das informações coletadas. Todavia você, estudante/gestor, poderá criar novas formas de apresentações dos dados, se houver a necessidade, acordando com o seu tutor.
- 2** Esta atividade deverá ser retomada na Unidade 2 e também na elaboração do trabalho final, portanto, realize-a da melhor forma possível para que ela possa ser aproveitada sem demandar um novo trabalho.
- 3** Leia as questões a seguir e apresente os dados coletados e sintetizados de forma que você possa socializar os resultados com os demais participantes da sua turma.
 - a)** Que tipos de estabelecimentos compõem a rede de serviços de saúde da sua instituição?
 - b)** De que forma os serviços de saúde estão organizados para realizar o atendimento à população?
 - c)** Como a população dá entrada nesses serviços?
 - d)** Quais os principais **obstáculos** para o bom funcionamento dos serviços de saúde?



Atenção

Relacione os problemas tendo como base as dimensões sociopolítica, econômica, administrativa e cultural. Considere, também, que para identificar problemas ou obstáculos ao bom funcionamento dos serviços de saúde é importante ter em mente a cobertura desses serviços, o impacto deles sobre os principais problemas e a presumível satisfação do usuário.



Atividade

2

1 Agora que você identificou os principais problemas para um bom funcionamento dos serviços de saúde, destaque da sua relação, aqueles referentes à **disponibilidade** e à **qualidade da força de trabalho** em saúde e poste no Mural.....



AVA

2 **Saúde: direito de todos e dever do Estado**.....



Fórum

Considerando as informações apresentadas e analisadas na Atividade 1 e na primeira parte desta Atividade 2 e tendo como referência a assertiva constitucional “Saúde é um direito de todos e dever do Estado garantido mediante política públicas sociais e econômicas...”, reflita:

A população de sua localidade tem esse direito garantido? Vamos discutir essa questão no fórum “Saúde: direito de todos e dever do Estado”?

Os fóruns são espaços importantes para a socialização das discussões e interação dos participantes (alunos, tutores e convidados). Vamos procurar garantir a sua realização qualificando as participações.



Depois do debate no fórum, quando foi possível trocar nossas informações sobre o atual estágio dos serviços de saúde, vamos conhecer como se deu a conformação do Sistema Único de Saúde.



Saiba mais

Você sabia que antes do SUS a saúde significava tão somente serviços de saúde e, mesmos esses, não eram garantidos para todos os indivíduos? A situação era assim: se o indivíduo fosse empregado com carteira de trabalho, tinha acesso aos serviços de saúde; caso fosse um trabalhador sem carteira assinada, era tratado como indigente. Caso pudesse pagar, tinha acesso aos melhores serviços de acordo com sua escolha.

Vasconcelos e Pasche (2007) destacam que o SUS é o arranjo organizacional que dá suporte à efetivação da política de saúde no Brasil e traduz em ação os princípios e diretrizes dessa política.

Conhecer a história da criação do SUS é fundamental para que possamos compreendê-lo como um processo em permanente construção e como um espaço social de conquista da cidadania. Para tanto, vamos ler o texto **“A construção da cidadania no Brasil e o processo de estruturação do SUS”**, procurando refletir sobre os seguintes pontos:

- Quais questões têm limitado o direito à saúde da população?
- Quais parcelas da população vêm se beneficiando com a implementação do SUS?

A construção da cidadania no Brasil e o processo de estruturação do SUS

Maurício Roberto Campelo de Macedo¹

1. O Surgimento dos sistemas nacionais de saúde

Ao longo da história, a humanidade desenvolveu formas diferentes de se organizar em sociedade e, conseqüentemente, de enfrentar os desafios da sobrevivência dos indivíduos em ambientes hostis, de sua vida no trabalho, da busca de recursos para se proteger das doenças e da morte. Progressivamente, a vida em sociedade foi se tornando muito complexa, exigindo a criação de instituições políticas responsáveis pela gestão dos territórios nacionais e das populações, das cidades e do mundo rural. Assim, os Estados nacionais foram se estruturando e assumindo progressivamente a responsabilidade por múltiplas funções, desde a defesa do território até a proteção dos direitos de cidadania.

Com a Revolução Francesa, em 1789, foi sancionada a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, na qual foram enunciados os princípios de liberdade, igualdade e fraternidade, que serviram de base para a elaboração de leis nacionais que previam direitos a ser assegurados pelo Estado aos indivíduos considerados cidadãos. Aqueles que habitavam o território nacional, mas, por algum motivo, não tinham acesso aos direitos de cidadania previstos na legislação, pouco a pouco começaram a se organizar e exercer pressões por esses direitos, ampliando a extensão da cidadania no sentido da sua universalização (direitos para todos).

Numa outra direção, os diversos grupos e classes sociais foram conquistando novos direitos que foram sendo incorporados à noção de cidadania. Inicialmente, esta era restrita aos direitos civis (propriedade, livre circulação, segurança); depois, passou a incluir os direitos políticos (votar, ser votado, exercer funções públicas); finalmente, incorporou os direitos sociais (saúde, educação, habitação). Portanto, a noção moderna de cidadania inclui esses três tipos de direitos que foram sendo historicamente conquistados nas diversas sociedades, em diferentes contextos. Por exemplo, no Brasil, somente em 1932 as mulheres conquistaram o direito ao voto, mesmo assim com restrições; por sua vez, os analfabetos perderam esse direito ao longo da história e só o recuperaram em 1985.

Mas e o direito à saúde? O que significa dizer que esse é um direito de cidadania? Quem é responsável por assegurar esse direito? De que forma? Estas são questões fundamentais para orientar o nosso olhar ao percorrermos os caminhos que levam à compreensão do surgimento dos sistemas nacionais de saúde.

O reconhecimento de que a economia baseada apenas no livre mercado não seria capaz de assegurar a todos os indivíduos de uma sociedade as condições mínimas necessárias a uma vida digna está na base da construção dos Estados

¹Médico, psiquiatra, doutor em Saúde Pública pela Universidade de Montreal – Canadá; professor do Departamento de Saúde Coletiva da UFRN e membro efetivo do NESC-UFRN.

de Bem-Estar Social. Estes surgiram com base nas evidências de que existem riscos que podem levar os indivíduos a passarem por situações de infortúnio (desemprego, fome, doença, incapacidade), sobretudo pessoas que pertencem aos grupos mais vulneráveis da sociedade. Grande parte daqueles que passam por essas situações de carência não seria capaz de superá-las contando apenas com seus próprios recursos.

Nessa perspectiva, o apoio institucional para proteger os indivíduos dessas situações e dos riscos sociais decorrentes de suas condições de vulnerabilidade seria, então, absolutamente necessário. Visto como guardião do bem comum, o Estado passa a ser identificado como a instituição que deveria ser responsável por assegurar a todos os cidadãos o mínimo socialmente aceitável para possibilitar uma vida dentro de padrões apropriados à dignidade do ser humano. Passa a ser inaceitável conviver com a fome, o desemprego, a falta de uma habitação adequada e de assistência à saúde, entre outras condições necessárias ao bem-estar social.

Assim, como nos dizia Michel Foucault, no final da 2ª Guerra Mundial, aconteceu uma inversão nas formas de relacionamento entre os indivíduos e as sociedades: antes, os indivíduos eram responsabilizados pelas suas doenças, sendo um dever individual estar sadio para poder trabalhar; agora, a saúde passa a ser vista como um direito que todo ser humano deve ter, a ser assegurado pelo Estado, através do conjunto de leis que constituem os direitos de cidadania.

Na medida em que os direitos sociais foram sendo incorporados como componentes da noção de cidadania, os Estados nacionais passaram a desenvolver políticas públicas voltadas para assegurar esses direitos, em particular o da saúde. Foi nesse contexto que surgiram os sistemas nacionais de saúde como componentes da Seguridade Social, setor do Estado que desenvolve políticas voltadas para assegurar o bem-estar social, garantindo os direitos de cidadania de forma universal. Esse processo de construção da cidadania foi se concretizando através de diferentes formas de proteção social aos indivíduos, as quais se constituíram de forma desigual entre os países e em diferentes momentos históricos de um mesmo país:

- 1) As cooperativas de auxílio mútuo**, em que os trabalhadores de uma empresa ou instituição empregadora contribuem financeiramente para um caixa comum, sendo os recursos utilizados para atender aos casos de aposentadoria e pensões, estas relativas aos casos de doença, invalidez ou morte.
- 2) Os seguros sociais**, mediante os quais os indivíduos contribuem financeiramente para uma instituição seguradora, da qual recebem benefícios previdenciários (aposentadorias, pensões, auxílio-doença, assistência médica) proporcionais à sua contribuição. Esses seguros sociais podem ser públicos ou privados, atendendo a uma clientela específica, a dos seus contribuintes, aqueles que pagam pelos benefícios assegurados. Este modelo de proteção social é, portanto, seletivo (dirigido exclusivamente aos contribuintes) e hierarquizado, ou seja, os benefícios podem ser mais ou menos amplos, depen-

dendo do poder aquisitivo do contribuinte; os que não podem pagar estão excluídos desse sistema de proteção social.

- 3) Os sistemas de seguridade social**, nos quais se incluem a maioria dos sistemas nacionais de saúde, que não têm clientela específica, nem benefícios diferenciados em função da contribuição paga. Esses sistemas se constituem como mecanismos indiretos de redistribuição da renda nacional, na medida em que são universais (todos se beneficiam, independente de terem contribuído) e equânimes (todos devem ser atendidos de forma imparcial, sem qualquer tipo de distinção, pois têm os mesmos direitos à assistência). Assim sendo, a seguridade social tem como fundamento central o princípio da solidariedade social; aqueles que podem pagar estão contribuindo para a assistência de todos (aqueles que não podem pagar são incluídos no sistema).

Mas, será que na atualidade todos os cidadãos são atendidos exclusivamente e integralmente (em todos os níveis de assistência) pelo sistema público de saúde? Os serviços dos sistemas de seguridade social só contam com recursos próprios ao setor público? Na verdade, na maioria dos países, estas diferentes formas de proteção social ainda convivem e instituições diversas (públicas, filantrópicas e privadas) prestam serviços e ações de saúde. Porém, o que caracteriza um sistema de saúde baseado no modelo da seguridade social é o fato do setor público ser responsável não apenas pelas ações que presta diretamente à população. Ele também tem como atribuição a regulação (normatização, fiscalização, controle) de todas as ações de saúde realizadas pelas diversas instituições que atuam no setor.

Bem, agora vamos esclarecer uma questão que frequentemente se coloca: Afinal, o que são sistemas de saúde? Poderíamos defini-los como conjuntos de estruturas, processos e atores envolvidos em ações voltadas para promover, proteger, recuperar e reabilitar a saúde dos indivíduos e populações humanas. Quanto às estruturas dos sistemas de saúde, estas são muito variadas. Destaquemos algumas:

- 1)** Unidades assistenciais (hospitais, ambulatórios, centros de saúde, laboratórios), que podem ser públicas, privadas ou filantrópicas.
- 2)** Unidades gestoras (ministérios da saúde, secretarias de saúde, diretorias, unidades de apoio regional).
- 3)** Unidades reprodutoras de conhecimento (instituições de ensino de nível técnico ou universitário, públicas ou privadas) e produtoras de conhecimento (universidades e institutos de pesquisa) voltadas para a formação profissional, a produção de conhecimentos, as atividades de educação permanente e o apoio técnico na área da saúde (assessorias ou consultorias técnicas).
- 4)** Indústrias de insumos para a saúde (equipamentos médicos, medicamentos, vacinas, imunobiológicos).

É preciso esclarecer que as estruturas de promoção de saúde e prevenção de doenças vão além do subsistema de serviços de saúde, cujas ações são voltadas para a assistência. Assim, no seu sentido mais amplo, o sistema de saúde é de natureza intersetorial, envolvendo ações de instituições que não são especificamente da área da saúde como, por exemplo, escolas, transportes, segurança, mídia e organizações não governamentais (ONG).

Também não podemos esquecer que o sistema de saúde não é formado exclusivamente por **estruturas materiais**; ele conta com regras e recursos que servem para organizar o seu funcionamento: as **estruturas organizacionais** (leis, normas, portarias, resoluções, ordens de serviço, modelos de assistência). Além disso, existe um conjunto de símbolos que fazem parte da cultura do sistema de saúde, constituindo sua **estrutura simbólica** (conhecimentos, crenças, preconceitos, representações sociais).

Finalmente, o sistema de saúde só ganha vida a partir da ação dos diversos atores (individuais ou coletivos) que atuam no seu interior: profissionais, gestores, usuários, produtores de serviços. Cada um desses grupos de atores tem expectativas, objetivos e interesses diferentes dentro do sistema de saúde. Em cada contexto histórico, eles vão interagir assumindo posições, definindo estratégias, fazendo escolhas, tomando decisões que vão influenciar o desenvolvimento do sistema. Ao se apropriarem dos recursos e das regras do sistema de saúde, eles tomam posições e atuam no interior desse sistema. Em grande medida, consciente ou inconscientemente, são suas ações que dão vida aos processos que se desenvolvem no interior desse sistema, seja na direção de mudanças ou de manter inalteradas as estruturas existentes.

2. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde

No Brasil, o processo de construção da cidadania se deu no ritmo das possibilidades de organização dos distintos grupos sociais de sua população. No início do século XX predominava uma visão liberal da sociedade que criticava a intervenção do Estado na economia e nas relações sociais. Somente diante de uma epidemia, que afetasse o conjunto da população, eram organizadas campanhas de vacinação e de combate a essas doenças “pestilenciais”. Em 1923, foram criadas as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP), as quais constituíam o esboço de uma previdência social brasileira, seguindo o modelo das cooperativas de auxílio mútuo, organizadas no âmbito da sociedade civil, e no âmbito de algumas empresas, financiadas pelos patrões e empregados.

A partir de 1930, o Estado brasileiro passou a ser a instituição responsável pela promoção do desenvolvimento nacional (fase desenvolvimentista) e iniciou-se um processo de crescimento e fortalecimento da máquina estatal, de suas organizações, do seu corpo de funcionários, do seu poder de intervir na sociedade. É nesse contexto que surgem os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP) voltados para distintas categorias profissionais (bancários, industriários, funcionários públicos), os primeiros órgãos de seguro social

público, criados pela legislação previdenciária dos anos 1930. Esses institutos inauguram uma nova forma de proteção social, sob responsabilidade estatal, que inclui entre outros benefícios as aposentadorias, as pensões e a assistência médica individual.

Em meio ao crescimento das instituições estatais, progressivamente foram surgindo órgãos responsáveis pela saúde pública, culminando com a criação do Ministério da Saúde (MS), em 1953. Este passou por sucessivas mudanças até se estruturar da forma como o conhecemos no momento atual. Por sua vez, os IAP passaram por várias fusões sucessivas até o final dos anos 1970. No que concerne à assistência médica, estas fusões culminaram na criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), em 1978. Como estamos vendo, a saúde pública e a assistência médica individual eram tratadas de forma isolada; a primeira, no âmbito do MS; a segunda, pelas sucessivas estruturas previdenciárias que culminaram no INAMPS. A saúde pública predominou como modelo de atenção até o final da década de 1970, quando o modelo do seguro social público tornou-se o centro das políticas de saúde. Este prevaleceu até a sanção da Constituição Federal de 1988, quando foi criada a Seguridade Social, que reconhecia a saúde como um direito social de cidadania a ser garantido pelo Estado brasileiro, através de um novo sistema de saúde.

O Sistema Único de Saúde (SUS) nasceu no interior de um projeto mais amplo de mudanças político-sociais, num contexto de crítica às instituições centralizadas e autoritárias criadas pelo regime político instaurado pelos militares em 1964. No final dos anos 1970, no contexto da luta pela redemocratização do país, surgiu um amplo movimento político que fez um diagnóstico crítico do sistema nacional de saúde existente, propondo uma ampla reforma sanitária (ver Quadro 1). Movidos por um desejo de mudanças estruturais, a maioria dos atores do setor aliou-se a outros atores sociais e conseguiu mobilizar forças capazes de deflagrar um processo de mudanças institucionais de grande complexidade, com a perspectiva de uma seguridade social brasileira, que incluía a criação do SUS.

Em 1986, nesse clima de grande mobilização dos distintos atores do sistema de saúde, foi realizada a VIII Conferência Nacional de Saúde. De forma pactuada, elaborou-se o primeiro esboço do projeto da reforma sanitária desejada. A Constituição Federal de 1988 sancionou os primeiros passos deste projeto, reconhecendo o direito à saúde como componente da cidadania, criando a Seguridade Social para se encarregar das políticas sociais e o SUS das políticas de saúde.

Nesse contexto, algumas questões se colocam: O que mudou com o SUS? Quais os princípios básicos que fundamentam sua organização e as ações que devem se desenvolver no seu interior? Quais as especificidades dessa seguridade social brasileira?

Como já foi visto, antes do SUS predominava no antigo Sistema Nacional de Saúde um subsistema de assistência médica individual coordenado pelo INAMPS, mediante um modelo de seguro social público, seletivo e hierarquizado, no qual os usuários constituíam a parcela da população que contribuía para a previdência social. Esse subsistema integrava as ações e serviços de saúde especializados, de média e alta complexidade, hospitalares ou ambulatoriais, próprios ou contrata-

dos/conveniados (privados e filantrópicos). Por sua vez, o Ministério da Saúde coordenava um subsistema de saúde pública, constituído por um conjunto de órgãos e instituições de saúde (federais, estaduais e municipais) que prestavam serviços variados, desde aqueles voltados para as ações básicas de saúde, vigilância em saúde (epidemiológica, sanitária, nutricional, dos ambientes de trabalho), pronto-socorros e mesmo hospitais especializados (sobretudo os psiquiátricos públicos e aqueles voltados para as doenças infecciosas).

Além disso, o Sistema Nacional de Saúde anterior ao SUS apresentava graves problemas: centralização no nível federal; ausência de coordenação e de integração entre as diversas instituições de saúde existentes; coexistência de vários modelos de organização da assistência inadequados ao perfil epidemiológico da população; enormes dificuldades de acesso; ineficácia e ineficiência das ações e programas; forte influência de interesses lucrativos; clientelismo; inexistência de participação social e de controle sobre a qualidade dos serviços dispensados à população.

Criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas leis federais 8.080 e 8.142 (ambas sancionadas em 1990), além das múltiplas leis orgânicas estaduais e municipais sobre o sistema de saúde, o SUS representou uma mudança substantiva na forma de pensar e de agir sobre a saúde no Brasil. Antes de tudo, saímos de um sistema em que predominava um modelo de seguro social público para um dos mais amplos modelos de seguridade social existentes no plano internacional.

O SUS não apenas cobre toda a população brasileira, mas pretende ser responsável por ações que vão desde a promoção da saúde até a assistência médica a doenças que exigem um alto nível de complexidade tecnológica, além de atender a qualquer tipo de doença e de clientela. É com essa visão ampliada que a saúde passa a ser vista como um processo que resulta das condições de vida da população (habitação, educação, alimentação, renda, segurança, transportes, lazer, ambientes saudáveis) e o SUS a ser orientado por alguns princípios de base (ver Quadro 1):

- 1) Universalidade** – as ações e serviços do sistema de saúde devem ser acessíveis a toda a população brasileira, sendo a saúde agora vista como um bem público e como um direito de cidadania, portanto, independente de qualquer tipo de contribuição financeira prévia.
- 2) Equidade** – o sistema de saúde deve cumprir uma função de justiça social aplicando seus recursos de forma a reduzir as desigualdades regionais e sociais atualmente existentes. A alocação dos recursos financeiros e a oferta de ações e serviços de saúde devem contribuir para reduzir essas desigualdades.
- 3) Integralidade** – os cidadãos devem ter acesso a todas as ações e serviços de saúde, sem restrições, de acordo com as suas necessidades de saúde, desde as ações básicas realizadas no território onde habitam, até as ações da mais alta

complexidade. Estas podem, eventualmente, ser prestadas fora do município onde mora o cidadão ou mesmo fora do seu estado federativo.

- 4) **Descentralização** – transferência de recursos (financeiros, materiais, tecnológicos), de pessoal, do poder de decisão e responsabilidades dos níveis centrais para os níveis mais periféricos do sistema de saúde: do federal para o estadual ou o municipal; do estadual para o municipal.
- 5) **Hierarquização e regionalização** – estruturação de regiões que permitam a organização de redes hierarquizadas de atenção à saúde, permitindo a integração dos distintos níveis de complexidade tecnológica do SUS. A definição dos territórios, da sua clientela e do fluxo assistencial dos usuários no sistema de saúde são componentes fundamentais da regionalização.
- 6) **Participação social** – formalização de espaços de participação da sociedade na gestão, no planejamento, na fiscalização e no controle das políticas, programas e ações do sistema de saúde. Essa participação deve ocorrer nos distintos níveis do sistema de saúde, através de várias instâncias de participação, como os conselhos de saúde.

Sistema nacional de saúde	Sistema Único de Saúde
Seleção da clientela	Universalidade (acesso)
Desigualdades na atenção	Equidade (correção das desigualdades)
Prestação de serviços fragmentada	Integralidade
<ul style="list-style-type: none"> ■ dicotomia preventivo/curativo ■ dicotomia individual/social ■ assistência centrada nos hospitais e especialidades 	<ul style="list-style-type: none"> ■ integração das ações ■ articulação intersetorial ■ assistência em redes
Centralização	Descentralização (com unificação)
<ul style="list-style-type: none"> ■ normativa ■ do financiamento ■ da gestão ■ da assistência ■ do controle e avaliação 	<ul style="list-style-type: none"> ■ da gestão (comando único) ■ das ações e serviços (rede pública única) ■ do controle e avaliação ■ do financiamento
Multiplicidade (dos responsáveis pela saúde)	Hierarquização e regionalização
<ul style="list-style-type: none"> ■ ausência de coordenação ■ ausência ou superposição de programas ■ demanda livre ■ superposição das ações 	<ul style="list-style-type: none"> ■ definição de territórios ■ programação integrada ■ definição de clientela ■ sistema de referência
Gestão tecnocrática e política	Participação social
<ul style="list-style-type: none"> ■ hibridismo público/privado ■ clientelismo 	<ul style="list-style-type: none"> ■ na gestão ■ no planejamento ■ na avaliação e no controle

Quadro 1 – Sistema Nacional de Saúde e os princípios básicos do SUS

3. A estrutura organizacional e a gestão do SUS

Desde a regulamentação do SUS, em 1990, aqueles que participaram da elaboração do seu projeto perceberam que não seria fácil a sua implantação. Com uma grande extensão territorial, o Brasil apresentava um sistema de saúde com estruturas materiais, organizacionais e simbólicas que variavam muito entre as regiões, os estados federados e os municípios. Existia uma multiplicidade de atores sociais com interesses e expectativas diversos em relação a este sistema; contextos sociais, econômicos, culturais e políticos, igualmente diversificados, influenciando fortemente as posições e as ações destes atores dentro do SUS. Era preciso ir construindo progressivamente as condições para as mudanças. Assim, a implantação do SUS passou a ser vista como um processo lento e progressivo, uma construção coletiva dos atores sociais em permanente negociação.

Após a sanção do quadro legal (constituição federal e leis do SUS), a estrutura organizacional do sistema passou a ser regida por portarias do Ministério da Saúde e, sobretudo, pelas Normas Operacionais de Base (NOB), que passaram a orientar o processo de implantação do SUS. Essas normas se sucederam (NOB/1991, NOB/1992, NOB/1993, NOB/1996), sendo que a última delas foi a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), publicada em 2001 e revista em 2002. O Pacto pela Saúde, publicado em 2006, é a mais atual das normas que orientam o processo de construção do SUS. Todos esses atos normativos sofreram a influência dos diversos contextos em que foram elaborados. A partir de 2003, juntamente com o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) passaram a ter forte influência na elaboração dessas normas e das políticas de saúde brasileiras.



CIT

A CIT é constituída por representantes do Ministério da Saúde, do CONASS e do CONASEMS, respectivamente dos níveis federal, estadual e municipal de gestão do sistema de saúde.

CIB

As CIB são constituídas por representantes das Secretarias Estaduais de Saúde e do Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) de cada estado respectivo, correspondendo aos níveis estadual e municipal de gestão do sistema de saúde.

A NOB/1993 consolidou essa tendência no âmbito da elaboração das políticas de saúde, sendo o fruto de uma ampla discussão nacional e, sobretudo, dos gestores das três instâncias de governo. A criação da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), a nível nacional, e das Comissões Intergestoras Bipartites (CIB), a nível estadual, refletiu essa nova fase de formulação de políticas baseada na negociação e em decisões partilhadas entre esses gestores dos diferentes níveis. Desde então, a alocação dos recursos e a operacionalização do SUS foi definida por essas comissões intergestoras, substituindo o modelo de gestão centralizado/vertical anterior, no qual o MS era o único gestor do sistema.

Esse novo modelo de relações intergovernamentais é fundamental para a materialização dos princípios do SUS a partir de uma estratégia de mudança progressiva. Nesses termos, o processo de construção do SUS caminha redimensionando e criando estruturas e instrumentos assistenciais, de planejamento e gestão, repensando os problemas existentes e as possibilidades de respostas efetivas e eficazes para dar soluções adequadas a esses problemas, reestruturando as práticas e cuidados de saúde, reinventando o setor de saúde e suas instituições, valores e normas de funcionamento. A cada contexto, novos problemas se somam a alguns que não foram resolvidos, novas tecnologias (inclusive relacionais) são utilizadas. Alguns dos eixos estruturantes do SUS foram sendo priorizados e

operacionalizados em cada contexto, a partir de estratégias diversas que foram reestruturando o sistema de saúde. Entre outros, merecem destaque:

- 1) Descentralização/municipalização** – encontrou muitas dificuldades num país de grandes desigualdades regionais. Muitos municípios nunca tinham prestado serviços de saúde às suas populações, não contavam com estruturas administrativas e assistenciais, nem dispunham de recursos financeiros para alocar. A gestão do sistema de saúde não mobilizava os gestores municipais e foram necessárias políticas de indução da municipalização da saúde, através de recursos financeiros transferidos pelo nível federal do sistema. Dessa forma, o SUS progressivamente estruturou-se na direção de uma gestão municipal plena e do desenvolvimento de uma assistência compatível com as possibilidades de cada município.
- 2) Regionalização** – respeitando a autonomia dos municípios, restabelece a lógica sistêmica da saúde nos estados federativos. Parte da identificação de territórios com potencial para serem funcionalmente autônomos, ao se estruturarem como polos regionais do SUS em cada estado: as Regiões de Saúde. Nesse sentido, trata-se de promover a cooperação entre as secretarias municipais de saúde (SMS) e destas com a secretaria estadual de saúde do estado respectivo (SESAP), no sentido de racionalizar os recursos existentes ou a investir na Região de Saúde, de forma a estruturar sua autonomia para resolver a maioria dos problemas de saúde existentes. Conhecimentos, informações, redes assistenciais de saúde são fundamentais para esse projeto que, pela sua complexidade, é de longo prazo, envolvendo: grandes investimentos nas regiões, o desenvolvimento de uma cultura política de negociação, de planejamento e avaliação, capacidade de articulação regional para a definição da alocação dos recursos e dos fluxos assistenciais. Alguns instrumentos de gestão do SUS que exigem a articulação regional² e a criação de **Colegiados Gestores Regionais** foram passos importantes nessa direção.
- 3) Mudança do modelo assistencial** – inversão do modelo anterior centrado nos hospitais, baseado no conhecimento médico, nas práticas especializadas e na concentração de tecnologia. O médico era o profissional nuclear desse modelo, no qual o tratamento das doenças era priorizado. A Estratégia Saúde da Família (ESF) foi priorizada como componente fundamental da operacionalização dessa mudança. O novo modelo de atenção proposto pela ESF passa a preferir a promoção da saúde, a prevenção das doenças e a Atenção Básica como porta de entrada e instrumento de articulação com os outros níveis do sistema, visando à integralidade da atenção. Os hospitais e unidades especializadas ganham um novo papel nas redes assistenciais, como retaguarda



Colegiados Gestores Regionais

Criados pelo Pacto de Gestão do SUS, os CGR são constituídos por representantes da SESAP e pelos secretários municipais de saúde da Região respectiva.

²Entre estes a Programação Pactuada Integrada, o Plano de Desenvolvimento Regional e o Plano de Desenvolvimento de Investimentos, criados pela NOAS/2001 são alguns destes instrumentos.

assistencial para casos mais graves, urgências e emergências e casos que requerem intervenções específicas que vão além das possibilidades técnicas e de conhecimento das unidades básicas. O trabalho em saúde é redimensionado através de equipes multiprofissionais responsáveis pela gestão do tratamento, a partir de um conhecimento multidisciplinar e holístico. Este vai além da doença e percebe o homem na sua integralidade biopsicossocial. A assistência é pensada na perspectiva de redes que permitam a integralidade dos diversos níveis de atenção do sistema (atenção básica, atenção de média e alta complexidade). Amplo debate tem se estabelecido em torno da estruturação dessas redes de saúde e tem se fortalecido a noção de redes horizontalizadas de atenção, respeitando as características da estruturação de cada nível e sua articulação no interior do sistema, cada um desses níveis cumprindo funções complementares aos demais. Nesse caso, substitui-se a noção de hierarquia pela de complementaridade, reconhecendo-se a especificidade da complexidade de cada nível. No entanto, no plano do discurso institucional, ainda se faz presente a ideia de uma rede hierarquizada e a manutenção da classificação dos níveis de atenção por graus de complexidade crescente: unidades básicas, de média e alta complexidade.

- 4) Financiamento e alocação de recursos** – sendo o SUS um sistema complexo, a ser sustentado pelos três níveis de governo (federal, estadual, municipal), seu financiamento e a alocação de seus recursos deve obedecer a uma lógica tripartite. Entretanto, a realidade brasileira é ainda muito heterogênea e ainda existem problemas de gestão e de subfinanciamento do setor. Mesmo com o aumento substancial dos recursos financeiros dos estados e municípios aplicados na saúde, os recursos de transferências federais devem cumprir a função da União de promover a equidade nacional na alocação dos recursos, sobretudo quando a maioria dos municípios brasileiros é de pequeno porte, com populações abaixo de 20.000 habitantes e sem capacidade de arrecadação fiscal, dependentes do Fundo de Participação dos Municípios (FPM), transferido pelo nível nacional. Esses recursos são transferidos a partir das despesas previstas no Orçamento da Saúde para a Atenção Básica, a Atenção de Média e Alta Complexidade (MAC) e as Ações Estratégicas. A transferência de uma parte substantiva desses recursos federais diz respeito aos **incentivos financeiros** voltados para programas e ações de saúde que o MS pretende difundir. Assim, o Piso da Atenção Básica foi fundamental para a adesão das prefeituras à municipalização da saúde e à implantação da ESF. A utilização massiva de incentivos financeiros constituiu-se numa das características do modelo de alocação de recursos das transferências federais aos estados e municípios, que induziu várias das mudanças pretendidas.

5) Participação da sociedade – a perspectiva democratizante do SUS exigia a participação da sociedade na definição das prioridades, do planejamento da avaliação e do controle das atividades e da aplicação dos recursos do sistema pelos órgãos gestores. Também chamada de “controle social”³, essa participação da sociedade não apenas no controle público do sistema, mas também na tomada de decisões tem sido sempre anunciada como sua grande base de sustentação para assegurar que o conjunto dos interesses públicos seja contemplado. A fragilidade das organizações da sociedade civil e de uma cultura de participação qualificada coloca dificuldades para que a participação social se efetive. Mas a criação dos conselhos de saúde deliberativos (em todos os municípios, estados e a nível nacional) e a realização sistemática das conferências de saúde (nos três níveis de governo), entre outras instâncias de participação, vêm progressivamente aperfeiçoando a prática da participação social no setor.

O Quadro 2 mostra algumas estruturas e instrumentos de gestão fundamentais para a consolidação do SUS, que foram se estabelecendo ao longo do seu processo de implantação.

Estruturas/ instrumentos	Descrição	Ato Normativo
Planos de saúde	Documentos que sintetizam o planejamento das ações de saúde nos diversos níveis do SUS, identificando os problemas e necessidades, as prioridades, os objetivos e metas a alcançar, fixando prazos e estratégias a seguir. Entre os instrumentos para balizamento do Plano de Saúde, temos: o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS).	Art. 165 - Constituição Federal de 1988; Lei 8080/1990.
Fundos de saúde	Conta bancária especial, única, a cada nível de governo, na qual são depositados todos os recursos financeiros do sistema de saúde que serão alocados através do orçamento deste setor, movimentados sob a fiscalização dos Conselhos de Saúde respectivos.	Lei 8080/1990.
Transferências financeiras	Mecanismos de transferência de recursos financeiros entre os níveis de governo a serem aplicados na Saúde, a partir de critérios e parâmetros de alocação.	NOB/1991; Decreto 1.232, de 1994.

³De acordo com Hetzel de Macedo (1994), o controle é apenas uma das dimensões da participação social. Podemos destacar as funções propositivas para a elaboração de políticas de saúde, a participação na tomada de decisões e a regulação do sistema de saúde, entre outras. Na medida em que os obstáculos à participação ampliada dos atores sociais no sistema têm limitado suas ações ao plano do controle (assim mesmo com fortes restrições, dependendo do contexto e de sua capacidade de organização política), o conceito restrito de controle social institucionalizou-se como sinônimo de participação social.

Conselhos de Saúde	Órgãos colegiados, com função deliberativa, em cada nível de governo, constituídos pelo segmento dos usuários (50%), dos profissionais de saúde (25%) e dos prestadores de serviços (25%). Atualmente, é o principal instrumento de controle social.	Lei 8.142/1990.
Conferências de Saúde	Eventos realizados a cada quatro anos, em cada nível de governo, com intensa participação social na formulação das diretrizes das políticas de saúde do próximo quadriênio, priorizando um temário definido a nível nacional.	Lei 8.142/1990.
Comissões Intergestoras	Colegiados gestores de caráter permanente que se constituem enquanto instâncias de negociação e tomada de decisões sobre a operacionalização do SUS, nos três níveis de governo. No nível federal, temos a Tripartide, constituída por representantes da União (MS), dos estados (CONASS) e dos municípios (CONASEMS); no nível estadual, temos as Bipartides, constituídas por representantes dos estados (SESAP) e municípios (COSEMS).	NOB/1993.
Colegiado de Gestão Regional - CGR	Colegiados permanentes semelhantes às Comissões Intergestoras, fundamentais para o processo de regionalização. Os CGR são constituídos por todos os gestores municipais de uma Região de Saúde e representantes das SESAP, que trabalham nessa mesma Região, definindo prioridades e pactuando soluções para a organização de uma rede regional de ações e serviços de atenção à saúde, integrada e resolutiva.	Pacto de Gestão do SUS, 2006; Portaria N° 399/GM, 2006.
Incentivos Financeiros	Mecanismos de indução de políticas de saúde através de estímulos financeiros aos atores que aderem às propostas de ação dessas políticas. Por exemplo, o Piso de Atenção Básica (PAB) foi um poderoso incentivo financeiro para a adesão dos municípios à implantação do PSF (Programa Saúde da Família).	Muito utilizados para a adesão à municipalização (NOB/2003); De uso massivo a partir da NOB/1996.
Programação Pactuada Integrada – PPI	Processo de programação da atenção à saúde e alocação de recursos da assistência à saúde que deve ser realizado pelos estados e municípios brasileiros. Envolve a definição, a negociação e a formalização de pactos entre os gestores, com o objetivo de estabelecer, de forma transparente, os fluxos assistenciais das redes de serviços, bem como os fluxos dos recursos financeiros definidos pelos limites de ação municipal e os acordos com outros municípios em relação às referências e contrarreferências da rede de assistência.	NOB/1996.

Plano Diretor de Regionalização – PDR	Plano que explicita o desenho territorial das Regiões de Saúde do estado: módulos assistenciais, microrregiões e regiões, com respectivos municípios polo e sede. O PDR identifica os problemas e as prioridades regionais; o PDI para atender a essas prioridades; os fluxos de referência e relacionamentos intermunicipais; as estratégias de monitoramento; os critérios de revisão periódica dos tetos financeiros dos municípios.	NOAS/2001.
Plano Diretor de Investimentos – PDI	Plano que explicita as necessidades de investimentos para garantir a implementação do PDR. Isso implica em estruturas materiais e tecnológicas que assegurem a suficiência da oferta dos serviços identificados como necessários para o funcionamento de um sistema regional de assistência à saúde resolutivo.	NOAS/2001.

Quadro 2 – Estruturas e instrumentos de gestão do SUS

4. Considerações finais

O SUS representa uma mudança substantiva na forma como o Estado e a sociedade brasileira tradicionalmente percebiam as questões da saúde e se organizavam para respondê-las através de políticas e ações de saúde. A opção pelo modelo solidário da seguridade social implicou num processo lento e complexo de mudanças que foram se efetivando no ritmo das transformações da sociedade. Em 2006, identificou-se a necessidade de dar um passo na direção da desburocratização e da democratização do sistema. Após um amplo debate entre os gestores dos distintos níveis (representados pelo MS, o CONASS e o CONASEMS) com o Conselho Nacional de Saúde (que inclui a representação da sociedade), foi elaborada a nível nacional uma nova norma que sanciona um conjunto de reformas institucionais que se chamou Pacto pela Saúde. Três grandes áreas de atuação foram priorizadas e denominadas: “Pacto de Gestão do SUS”, “Pacto em Defesa do SUS” e “Pacto pela Vida”.

Com o objetivo de superar os obstáculos normativos através de mecanismos de negociação e pactuação entre os atores do sistema, o Pacto preconiza uma lógica solidária de cooperação intra e interinstitucional. Nesse sentido, explicita-se:

- 1)** a determinação de qualificar a gestão do SUS, definindo diretrizes e responsabilidades entre os diferentes níveis de governo;
- 2)** a necessidade de repolitizar a saúde e defender o projeto SUS, nos termos de uma seguridade social brasileira universal, equânime e integral;
- 3)** a determinação de ir além do setor de saúde, buscando a defesa da vida, indissociável da saúde numa concepção ampliada, que não se reduz ao componente assistencial do sistema.

Rompendo com os tradicionais “processos de habilitação”, mecanismos burocráticos de ratificação dos instrumentos e modalidades de gestão dos estados e municípios, o Pacto passa a validar as condições de gestão de estados e municípios através de suas adesões solidárias a um Termo de Compromisso de Gestão (TCG), renovado anualmente. Nesses termos, são explicitadas as metas e compromissos de cada nível de gestão, assim como se simplificam os mecanismos de transferência dos recursos federais, através da criação de blocos de financiamento: 1) Atenção Básica; 2) Atenção de Média e Alta Complexidade; 3) Vigilância em Saúde; 4) Assistência Farmacêutica; 5) Gestão do Sistema; 6) Investimentos em Saúde.

Sancionada em 16 de janeiro de 2012, a Emenda Constitucional 29 (EC-29) estabelece percentuais mínimos de participação no financiamento da saúde para os municípios (15% do orçamento de cada município), estados (12% do orçamento de cada estado) e União (o valor empenhado no ano anterior mais a variação nominal do Produto Interno Bruto – PIB). Além disso, define “gasto com saúde” de forma precisa, excluindo gastos inespecíficos, como saneamento básico, compra de merenda escolar, entre outros. Essa EC contribui para a definição de algumas fontes estáveis de recursos, embora estes ainda permaneçam insuficientes para cobrir de forma efetiva as necessidades de financiamento do SUS.

O Pacto pela Saúde representa um desafio, no contexto de uma sociedade que se moderniza e se complexifica rapidamente. Ele vem se consolidando como tendência no espectro das políticas de saúde brasileiras e da estrutura organizacional do SUS, incorporando progressivamente a pluralidade da participação de novos atores sociais e políticos no sistema de saúde. Estamos diante de mais um passo do processo de estruturação do SUS que avança em sua dinâmica social interna, mas também caminha na direção da universalidade da cidadania plena.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde/Departamento de Gestão da Educação na Saúde. VER-SUS Brasil. **Textos Básicos de Saúde**. Brasília, 2004. (Caderno de Textos, Série B).

BRASIL. SUS: **Avanços e Desafios**. Brasília: CONASS, 2006.

FLEURY, S.; OUVENEY, A. M. Política de Saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/CEBES, 2008. p. 23-64.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

MACEDO, I. H. Hetzel de. Departamento de Saúde Coletiva/CCS/UFRN. **A Regulação Social do SUS**: o papel dos conselhos municipais de saúde e a contribuição dos atores locais às mudanças do sistema. Natal, 2004. (Relatório de Pesquisa).

MACEDO, M. R. C. **Décentralisation et allocation des ressources**: les detours du système de santé Brésilien. 2006. Thèse (doctorat en Santé Publique) - Montréal, Université de Montréal, Montréal, [Canadá], 2006.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996 (Coleção Saúde em Debate, 88).

PAIM, J. S. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009.

VASCONCELOS, L. C. L.; GIOVANELLA, L. Sistemas de Saúde: origens, componentes e dinâmica. In: GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/CEBES, 2008. p. 107-140.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: HUCITEC/FIOCRUZ, 2006. p. 531-562.

Conforme observamos no texto que acabamos de ler, os fundamentos legais do SUS estão explicitados na Constituição Federal de 1988, nas constituições estaduais e nas leis orgânicas municipais. A sua regulamentação foi feita pelas Leis Federais [nº 8.080](#) e [nº 8.142](#), ambas de 1990. Sabemos que a operacionalização do sistema exigiu diversas normas operacionais (NOB e NOAS) que foram editadas pelo Ministério da Saúde. Nessa mesma perspectiva, foi lançado o **Pacto pela Saúde** (2006) e, mais recentemente, em junho de 2011, foi publicado o [Decreto nº 7.508](#) que regulamenta a Lei nº 8.080, dispondo sobre a organização do Sistema Único de Saúde, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa.



Leitura complementar

Se desejar conhecer mais sobre os documentos legisladores e normalizadores do SUS, não deixe de acessar os documentos que estão em hiperlink, ou os acesse na biblioteca virtual do curso.

Tendo como referência esses documentos normalizadores do SUS, discuta em grupo, ou com a equipe de seu serviço, as seguintes questões:

- 1) Qual o papel preconizado para cada esfera de governo (municipal, estadual e federal) nas Leis Orgânicas de 1990?
- 2) O que muda com o [Decreto 7.508](#)?
- 3) Qual o papel das Regiões de Saúde de acordo com o Decreto 7.508?



Saiba mais

No documento Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, de 2006, estão explicitadas as diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS e para a Educação na Saúde, incluindo os componentes prioritários para a estruturação da Gestão do Trabalho no SUS. Os detalhes podem ser vistos nas páginas 38-40, do documento referenciado.

Veja também que informações o Decreto 7.508, de 2012, traz para a Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde.



Leitura complementar

Sessão Cinema

Antes da realização da atividade final, vamos ver um filme?

Assista ao documentário “Políticas de Saúde no Brasil”, do diretor Renato Tapajós, que conta a história das políticas de saúde em nosso país mostrando como ela se articulou com a história política brasileira no século XX. Bom filme!



Resumo

Neste módulo, você percorreu caminhos pedagógicos que lhe permitiram discutir informações sobre o atual estágio dos serviços de saúde, a partir de levantamentos feitos sobre o contexto no qual você, aluno/gestor, se insere. Além disso, você refletiu sobre a relação cidadania x saúde, aprendendo como ela vem sendo construída, ou não, ao longo do tempo e suas repercussões na estruturação do SUS. Você também compreendeu a importância das estruturas e instrumentos de gestão do SUS a partir do Pacto pela Saúde, o qual enfatiza as diretrizes para a Gestão do Trabalho e para a Educação na Saúde.

Atividade final

Finalizando a etapa inicial do nosso aprendizado, escreva um texto-síntese (máximo de duas páginas) sobre o tema “O SUS e o direito de acesso a bens e serviços de saúde”, ressaltando como o processo de organização do sistema de saúde pode favorecer ou dificultar esse direito. Considere na sua reflexão as informações por você apresentadas nas **Atividades 1 e 2** deste módulo e a leitura dos documentos constitucionais e normalizadores do SUS referenciados neste texto.

Em seguida, encaminhe, por meio da plataforma virtual, o texto para o seu tutor.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CIAVATTA, Maria; FRIGOTTO, Gaudêncio (Org.). **A experiência do trabalho e a educação básica**. Rio de Janeiro: DP&A, 2002.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996. (Coleção Saúde em Debate, 88).

PAIM, J. S. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora da FIOCRUZ, 2009.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Ed. HUCITEC/FIOCRUZ, 2006. p. 531-562.

As mudanças no mundo do trabalho e as repercussões na saúde

Módulo

2



2.1 Introdução

Você vai ver que a discussão proposta para este módulo tem estado presente na pauta dos gestores nas últimas décadas. As leituras dos textos e a realização das atividades propostas ao longo do desenvolvimento deste módulo permitirão a você, estudante/gestor:

- 1) Identificar e compreender as transformações contemporâneas no mundo do trabalho e suas repercussões para o trabalho em saúde.
- 2) Identificar e discutir os principais aspectos da estrutura ocupacional em saúde: distribuição geográfica; por tipo e natureza jurídico-administrativa dos estabelecimentos; composição por categorias ocupacionais; tipos de vínculos e outros.
- 3) Compreender os determinantes sociopolíticos, econômicos e culturais que afetam a dinâmica da força de trabalho em saúde e do emprego nesse setor.

Preparados? Então, vamos começar.

2.2 “O novo” mercado de trabalho em saúde

As transformações advindas, em sua maioria, da difusão das inovações da terceira revolução industrial, designada por Castel (1999) de “era da informação”, têm sido amplamente discutidas nas últimas décadas. Ferreira (2001, p.11) destaca que “poucas vezes, durante suas breves existências, gerações tiveram a possibilidade de vivenciar mudanças de tamanha envergadura, provocadas, em grande medida, pela revolução tecnológica”. Tal revolução pode ser constatada pelas inovações ocorridas no mundo da microeletrônica, na informática, na biologia, na produção e tratamento das informações, entre outras. Esses movimentos repercutiram direta ou indiretamente na organização da produção e nas relações de trabalho, materializados, principalmente, por meio de processos de automação e de novos parâmetros de competitividade.

No mercado de trabalho em geral, as mudanças tecnológicas causaram graves prejuízos no trabalho formal, com carteira assinada, em tempo integral e com direitos garantidos. Os efeitos deletérios da extinção de postos e da precarização do trabalho se tornaram alarmantes em todo o mundo. Os bolsões de pessoas excluídas do trabalho formal se avolumaram e legiões de desempregados e desamparados do sistema previdenciário se estendiam em todos os continentes, como recorda Beaugrand (2001).

Lebaube 1997 (apud TINÔCO, 2001), ressalta que o trabalho com direitos garantidos tem sido cada vez mais reduzido enquanto aumenta o trabalho em tempo parcial, temporário, inseguro, sem remuneração definida e sem elos com o sistema previdenciário.

De acordo com Ferreira (2001), o mercado de trabalho brasileiro vem se caracterizando pela coexistência de um mercado formal – com baixos salários, fragilidade dos vínculos empregatícios e força de trabalho de baixa qualificação – e um imenso mercado informal. Para a citada autora, a magnitude do mercado informal é consequência, em grande parte, da forma morosa como são tratadas as infrações relacionadas às questões trabalhistas. Kalleberg (2009 apud MACHADO; OLIVEIRA; MOYSES, 2011) diz que a expansão do trabalho está relacionada ao crescimento da globalização e do neoliberalismo, às mudanças tecnológicas e ao arrefecimento da ação sindical.

Nessa perspectiva, a chamada terceirização das atividades e ocupações, fenômeno bastante difundido nas últimas décadas, deve merecer maior atenção dos gestores das organizações públicas de saúde.

Nogueira (2010, p. 51-52) destaca que a desregulação das relações de trabalho atingiu o setor público de forma contundente, embora de forma particular, explica o referido autor, “porque este é um setor em que as relações deveriam ser reguladas intensamente, tendo como referência a norma constitucional e documentos legais específicos”. Todavia, o que se tem presenciado é uma “tendência desviante em relação ao fundamento legal do trabalho na administração pública”.

No âmbito do Sistema Único de Saúde, esta “tendência desviante” atingiu os governos estaduais, municipais e federal. Nesse contexto “desviante”, surgiram, em abundância, **vínculos de trabalho irregulares** através de cooperativas, fundações privadas, Organizações Não Governamentais (ONG) e empresas prestadoras de serviços.

Contudo, é bom ter claro que não tem sido possível identificar a exata dimensão desses vínculos irregulares nas instituições de saúde, uma vez que eles não aparecem nas estatísticas oficiais. Todavia, pesquisas realizadas em âmbito nacional ou local revelam algumas informações importantes. Por exemplo, estudos de Girardi e Carvalho (2003) e Castro, Vilar e Fernandes (2004) demonstram que os municípios brasileiros utilizam várias e diferentes formas de modalidades de contratos para a inserção de médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários no Programa Saúde da Família (PSF).



Vínculos de trabalho irregulares

De acordo com Nogueira (2010, p. 52), pode-se entender como vínculo irregular, “todo vínculo de trabalho em que o trabalhador foi admitido à instituição pública sem concurso ou seleção de natureza pública, sendo exceção o trabalhador terceirizado admitido nas áreas não-finalistas (como serviços gerais, segurança etc.), por pertencer a uma empresa empregadora contratada mediante as normas legais de licitação”.



Isso acontece nos municípios onde você atua?

Outros estudos, promovidos pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005), revelam que no ano de 2004, dos 193.867 agentes comunitários vinculados ao PSF, 143.462 trabalhavam sem vínculos formais com o serviço público. Faz-se importante repetir que esta situação não é exclusiva do agente comunitário, a precarização do trabalho é um problema para grande parte dos municípios brasileiros, sobretudo em relação aos médicos. A magnitude desse problema pode ser vislumbrada quando contextualizamos a presença do SUS em 5.564 municípios distribuídos em 27 estados.

Machado, Oliveira e Moyses (2011) demonstram que o setor de saúde é responsável por cerca de 3,9 milhões de postos de trabalho do país. Deste quantitativo, 2,6 milhões de vínculos empregatícios são formais, 690 mil trabalhadores não possuem carteira assinada e 611 mil profissionais são autônomos.

Estudos realizados por Nogueira (2010) revelam que, em 2005, as categorias mais admitidas no emprego em saúde eram técnicos e auxiliares de enfermagem, categorias de apoio, como recepcionistas, escriturários/agentes administrativos, zeladores e outras ocupações semelhantes. Somente na quinta e sexta posições, estão os enfermeiros e os médicos, respectivamente.

Várias questões podem ser levantadas tendo em vista conhecer com mais apuro a situação do trabalho e do emprego no setor de saúde. Por exemplo:

- Existem mais postos de trabalho em saúde na esfera municipal, estadual ou federal?
- A presença feminina é predominante no setor de saúde?
- Onde há maior concentração de empregos no SUS? Na rede básica ou na rede hospitalar?
- Quais os níveis de escolaridade dos trabalhadores de saúde?

2.3 Tendências do mercado de trabalho em saúde no Brasil

Com o intuito de conhecer como essas questões se apresentam no cenário nacional, vamos ler o texto **Tendências do mercado de trabalho em saúde no Brasil**, postado na biblioteca virtual do curso.

Mas antes de iniciar a leitura, é importante que você relembre:

- A constituição do mercado de trabalho em saúde corresponde a um capítulo particular da constituição do mercado de trabalho capitalista em geral. Isso quer dizer que só é possível falar em mercado de trabalho em saúde quando passam a ocorrer relações sistemáticas de compra e venda da força de trabalho em saúde no mercado.
- Costuma-se dizer que as configurações gerais – as influências do mercado de trabalho em geral na estrutura e dinâmica do mercado de trabalho em saúde – constituem-se determinações em última instância. Tais configurações são marcadas pela passagem do trabalho autônomo (artesanal) para o trabalho assalariado; pela transição de uma divisão do trabalho de tipo manufatureiro para outra de tipo industrial; pelo aumento da escala da força de trabalho utilizada em cada estabelecimento ou unidade produtiva e ainda pela mudança de uma forma endógena para outra forma exógena ao processo produtivo, no que diz respeito à extração do excedente dessa força de trabalho.
- As configurações específicas – aquelas que são próprias às peculiaridades da organização do trabalho em cada ramo da produção social – constituem as chamadas determinações em primeira instância. No caso do setor de saúde, elas respondem o porquê da permanência de um setor predominantemente manufatureiro (o de prestação de serviços de saúde) e outro de natureza industrial (o de produção de medicamentos ou de equipamentos médicos), a partir de um tronco histórico comum através do qual o profissional além de prestar serviços, confeccionava seus instrumentos e os medicamentos que utilizava. Respondem também a outras questões, como o crescimento do papel do Estado no controle e reprodução dessa força de trabalho, bem como na permanência de formas combinadas de ocupação em que o trabalho assalariado é apenas uma das vertentes, apesar de ser crescentemente hegemônica⁴.

⁴Transcrito do texto Aspectos Conceituais e Metodológicos da Força de Trabalho em Saúde no Brasil (Ver: Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde. EDUFRRN, 1999).



Biblioteca

Agora, passemos à leitura do texto **Tendências do mercado de trabalho em saúde no Brasil**, referido anteriormente.

Concluída a leitura do texto, vamos fazer, como atividade final, mais um exercício prático que demonstre a situação de emprego da força de trabalho da sua instituição.

Lembramos, que essa atividade deverá ser parte de seu trabalho de conclusão do curso, portanto, realize-a com atenção.



Resumo

Este módulo teve como objetivo fazer você compreender as transformações contemporâneas no mundo do trabalho e suas repercussões para o trabalho em saúde. Durante o seu desenvolvimento, você identificou e discutiu os principais aspectos da estrutura ocupacional em saúde, compreendeu os seus determinantes sociopolíticos, econômicos e culturais, bem como compreendeu que os principais fatores que afetam a dinâmica da força de trabalho e do emprego em saúde, na atualidade, decorrem, em sua maioria, das inovações trazidas pela terceira revolução industrial na era da informação e do mercado globalizado. Por fim, você analisou o contexto local sobre a composição da força de trabalho em saúde e constatou como essa dinâmica de mudanças tecnológicas no mundo do trabalho em geral interferiu no trabalho formal em saúde em sua instituição, dando vez a vínculos de trabalho irregulares através de cooperativas, fundações privadas, Organizações Não Governamentais (ONG) e empresas prestadoras de serviços.

Atividade final

- 1 Esta atividade consistirá em uma coleta de dados sobre a composição da força de trabalho em saúde na sua instituição:

Vejam agora os dados que você deverá identificar na sua instituição:

- a) Quantitativo de pessoal existente por categoria profissional
- b) Quantitativo de pessoal segundo o nível de escolaridade (superior, médio e fundamental)
- c) Quantitativo de empregos por esfera administrativa
- d) Quantitativo de empregos por tipo de atendimento
- e) Quantitativo de pessoal segundo o sexo
- f) Distribuição do emprego segundo o vínculo empregatício (RJU, CLT, terceirizados, temporários etc.).

- 2 Você deverá apresentar os dados em quadros demonstrativos e elaborar um texto, tecendo comentários sobre a situação encontrada. Considere para a elaboração do seu texto, a leitura do texto **Tendências do mercado de trabalho em saúde no Brasil** e os textos complementares indicados para este módulo (ver lista postada na biblioteca do curso).

- 3 Envie, por meio da plataforma virtual, a atividade para o seu tutor.

Referências

BEAUGRAND, Eleonora Tinoco. A Nova Economia e a Frágil Euforia por mais Empregos. **Revista Cronos**: Transformações no mundo do trabalho, Natal, v. 2, n. 1, p. 34-39, jan./jun. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **DesprecarizaSUS**. Brasília, 2005.

CASTEL, Manuel. **A sociedade em Rede**: a era da informação: economia sociedade e cultura. São Paulo: Paz e Terra, 1999. v 1.

CASTRO, Janete Lima de; VILAR, Rosana Lúcia Alves de; FERNANDES, Vicente de Paula. Precarização do Trabalho do agente comunitário de saúde: um desafio para a gestão do SUS. In: BARROS, André Falcão do Rego et al (Org.). **Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil**: estudos e análises. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

FERREIRA, Brasília Carlos. Trabalhadores e Cidadania: metamorfoses sindicais. **Revista Cronos**: Transformações no mundo do trabalho, Natal, v. 2, n. 1, p. 11-32, jan./jun. 2001.

_____. Problema de Gestão e Regulação do Trabalho no SUS. In: Roberto Passos Nogueira et al. **Tendência na Evolução do Emprego e nas Relações de Trabalho em Saúde**: a gestão de recursos humanos no Sistema Único de Saúde. Brasília: UnB/CEAM/NESP/ObservaRH, 2010. p. 45-65.

GIRARDI, Sábado Nicolau; CARVALHO, Cristiana Leite. Contratação e qualidade do emprego no programa de saúde da família no Brasil. In: FALCÃO, André et al. (Org.). **Observatório de Recursos em Saúde**: estudos e análises. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.

MACHADO, Maria Helena; OLIVEIRA, Eliane dos Santos de; MOYSES, Neuza Maria Nogueira. Tendências do Mercado de Trabalho em Saúde no Brasil. In: PIERANTONI, Célia Regina; DAL POZ, Mário Roberto; FRANÇA, Tania. (Org.). **O Trabalho em Saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC; IMS/UERJ; ObservaRH, 2011. p. 103-116.

NOGUEIRA, Roberto Passos de. Problema de Gestão e Regulação do Trabalho no SUS. In: NOGUEIRA, Roberto Passos. **Tendência na Evolução do Emprego e nas Relações de Trabalho em Saúde**: a gestão de recursos humanos no Sistema Único de Saúde. Brasília: UnB/CEAM/NESP/ObservaRH, 2010. p. 45-65.

TINOCO, Dinah dos Santos. As políticas de emprego, uma abordagem comparativa das principais medidas de combate ao desemprego no Brasil e no Mundo. **Revista Cronos**: Transformações no mundo do trabalho, Natal, v. 2, n. 1, p. 57-65, jan./jun. 2001.

O processo de trabalho em saúde

Módulo

3



3.1 Introdução

Até aqui as discussões realizadas deram conta de contextualizar e refletir sobre o cenário e as políticas de saúde no Brasil, o processo de construção do Sistema Único de Saúde e as transformações que ocorreram no mundo do trabalho e suas repercussões no setor de saúde.

Dando sequência, vamos agora nos debruçar sobre o processo de trabalho em saúde. Nessa perspectiva, este módulo tem como objetivo principal:

Analisar o processo de trabalho em saúde, identificando seus elementos e características e destacando suas especificidades em relação a outros setores de serviços.

3.2 O trabalho em geral

Para refletirmos sobre o tema trabalho em saúde, é preciso antes considerar alguns aspectos relativos ao trabalho em geral, o qual enquanto atividade humana específica realiza-se, sempre, em uma realidade histórica concreta, no cotidiano do convívio em sociedade.

Para Marx (1984), antes de tudo, o trabalho é um processo que se estabelece entre o homem e a natureza, em que ele põe em movimento suas energias, física e mental, a fim de transformá-la e dela se apropriar numa forma útil para a sua própria existência e que, ao atuar desse modo sobre a natureza no intuito de modificá-la, ele modifica a sua própria natureza.

Pressupõe, assim, o trabalho numa forma que é peculiarmente exclusiva ao ser humano e que o distingue do trabalho executado por outros seres vivos, como o da aranha e da abelha, por exemplo, devido a sua intencionalidade. Porque antes de executá-lo, o homem o concebe previamente, imaginando e antevendo seus resultados e finalidades.

Ao refletirmos sobre o que Marx afirma, percebemos que todo processo de trabalho é histórico e pode ser concebido tanto como uma necessidade do ser humano como pode também ser entendido como uma submissão a determinado tipo de violência imposta ao ser humano.

É o que também afirma Konder:

É pelo trabalho que o sujeito humano se contrapõe e se afirma como sujeito, num movimento realizado para dominar a realidade objetiva: modifica o mundo e se modifica a si mesmo. Produz objetos e, paralelamente, altera a sua própria maneira de estar na realidade objetiva e de percebê-la. E - o que é fundamental - faz a sua própria história (KONDER, 1992 apud FRI-GOTTO, 1995, p. 113).



Saiba mais

Desde a sua origem etimológica, a palavra **trabalho** traz a ideia de violência?

Ela provém do latim **tripalium**, instrumento feito de três paus aguçados, com o qual os agricultores batiam milho, trigo e linho para rasgá-los ou esfiapá-los. Sendo que mais tarde ele passou a ser aplicado como instrumento de tortura dos escravos. Assim, o verbo **tripaliare** passou a significar **torturar**. Daí provém a associação da ideia de trabalho com tortura. Os gregos designavam trabalho como **ponéin** (**ponos** = esforço, fadiga, peso, necessidade) e **ergázestai** (**érgon** = obra, eficiência), já os latinos a denominavam **labor** (= trabalho, fadiga, cansaço), **facere** (= fazer, executar) e **fabricare** (= fazer com artifício) (ALBORNOZ, 1986).

Mas foi no advento do capitalismo (século XIX) que o conceito de trabalho ganhou um significado particularmente importante para as nossas atuais análises quanto ao processo de trabalho no setor de serviço.

Neste século, as conquistas da ciência passaram a se aplicar tanto aos problemas do cotidiano quanto às necessidades do desenvolvimento econômico, como vocês puderam constatar no estudo do módulo anterior. Isso fez com que o homem, que antes era considerado como propriedade do senhor de escravos ou protegido do senhor feudal, passasse a ser considerado força de trabalho livre. Apesar disso, ele continuava sendo concebido como uma mercadoria da nova sociedade burguesa.

Para Marx (1984), **trabalho** passa a ter um significado histórico que indica a condição da atividade humana na “economia política”, ou seja, a sociedade fundada sobre a propriedade privada dos meios de produção e a ideologia que a expressa.

Assim, o trabalho passa a se manifestar como uma atividade humana estranha a si mesma, ao homem e à natureza, por ser historicamente determinado e alienado de si mesmo. O fato dos indivíduos não serem mais livres e sim assalariados os submeteria a uma determinada classe social.

Entretanto, é também uma atividade vital ao homem em si mesmo, pois sem ela o ser humano não subsistiria. Nesse sentido, o trabalho assume duas dimensões: uma ligada às necessidades de “produzir os meios de manutenção e desenvolvimento de sua vida biológica e social” e outra que se realiza pelo trabalho livre e criativo quando estas últimas necessidades já estão devidamente atendidas (FRIGOTTO, 2002, p. 11 - 27).

Vimos, portanto, que existem várias maneiras de conceituar trabalho, entre elas, uma concepção que o entende como arte e ação produtiva, cuja finalidade estaria ligada à própria obra ou produto do trabalho. E outra que dá ênfase à própria atividade do trabalhador como uma ação dotada de uma finalidade específica, o que pressupõe que a ação do ser humano já estaria mais ou menos predeterminada em cada momento por que passou a sociedade, fossem elas rurais ou urbanas. A concepção apresentada por Marx (1984) foi de fundamental importância para a compreensão da centralidade do trabalho na vida humana, em especial na sociedade moderna e contemporânea.

Isso significa que sempre será necessário considerar a contextualização do trabalho na realidade social, política e econômica do país e em sua relação mais ampla com o mundo do trabalho, o que, no contexto brasileiro, constitui-se num processo que passou por, pelo menos, três transformações históricas importantes:

- O trabalho nativo foi substituído por um modo de produção imposto por um projeto colonizador.
- A existência do trabalho escravo manteve por um longo período sérias distorções na valorização, distribuição e organização da própria existência do trabalhador.
- Os ciclos de produção (agrícola, industrial e de serviços) estiveram sempre muito dependentes de interesses externos e ocorreram com grande atraso em relação a outras sociedades que se situam no cenário central da economia mundial.



Feitas essas considerações iniciais, vamos agora refletir sobre o que significa **processo de trabalho em saúde?**

3.3 O trabalho em saúde

Começaremos nossas reflexões dialogando com o texto de Roberto Passos Nogueira (1997), que indaga sobre dois grandes aspectos:

- Em que o processo de trabalho em saúde se assemelha ou se diferencia dos demais processos de trabalho que se realizam no sistema produtivo em geral?
- Que desafios o modo de produzir serviços de saúde apresentam para os gestores que pretendem ofertar serviços de qualidade na realidade atual do SUS?

Ainda de acordo com Nogueira, há que se considerar três aspectos fundamentais quando se fala de processo de trabalho em saúde, ou melhor, três grandes dimensões intercomplementares e interatuantes:

- Primeiro, é um **processo de trabalho em geral**, portanto, compartilha características comuns com outros processos de trabalho, como os da indústria ou de outros setores da economia.
- Segundo, é um **serviço**, na medida em que toda assistência à saúde é um serviço.
- Terceiro, é um serviço que se funda numa **inter-relação pessoal muito intensa** e, particularmente decisiva, para a própria eficácia dos atos.

Sendo trabalho em geral, ele compartilha de algumas características de qualquer outro processo de trabalho, dispõe de uma direcionalidade técnica (a atividade humana adequada a um fim), possui um objeto (a matéria sobre a qual se trabalha), envolve meios e instrumentos e força de trabalho (energia humana física e mental que é utilizada no processo) e, por essa razão, é susceptível a uma análise macroeconômica geral, da mesma maneira como foi efetuada por Marx em **O capital**. Nesse sentido, é possível pensá-lo, inclusive, em sua composição econômica e técnica na lógica da produção capitalista, bem como da dinâmica das trocas que tem também uma correspondência dentro do setor de saúde (NOGUEIRA, 1999). Contudo, a outra dimensão, a do **serviço**, tem uma especificidade que a diferencia sobremaneira de outros setores, como o da indústria, por exemplo.

Segundo o autor, na abordagem da economia clássica, praticamente não se apresentou uma análise teórica tão consistente quanto a dos outros setores considerados produtivos (como o das fábricas), “porque dentro da dinâmica da acumulação capitalista, no século XIX, esse não era um setor decisivo. Mas ele o é hoje e, sem dúvida alguma, é o que marca a própria modernidade do capita-

lismo”. O setor de saúde talvez seja o exemplo mais peculiar a essa nova forma de produção na sociedade contemporânea, na medida em que os serviços de saúde podem ser vendidos ou intermediados, como qualquer outra mercadoria, devido ao seu **valor de uso** (NOGUEIRA, 1997, p. 182).

Na atual dinâmica da sociedade, os serviços de um modo geral e os serviços de saúde em particular assumiram uma dimensão muito integrada à economia capitalista, de forma tal que apresentam características muito semelhantes às dos setores considerados produtivos, como o do setor de produção de bens e mercadorias que têm valor de troca.

Isso se dá porque, embora os serviços sejam fundados no “**trabalho vivo em ato**”⁵ e numa relação pessoal, eles realizam em ampla escala o consumo de insumos e mercadorias provenientes da indústria, de forma coletiva.

Assim, passaram a integrar as mesmas regras do mercado, o que, em termos práticos, significa permitir a contratação de empresas ou terceirização de trabalhadores; serem agregados por convênios e contratos (públicos ou privados) a regimes de pré-contratação (a exemplo dos seguros de saúde), nos quais o cliente paga antecipadamente por um determinado efeito útil de serviços disponíveis no mercado, entre outras características que se evidenciam nesse sistema de produção de serviços.

Tais mudanças representam a estruturação de um mercado com capacidade para a criação de inúmeros postos de trabalho em uma amplitude importante para o crescimento do terceiro setor da economia na sociedade contemporânea.

Contudo, os serviços de saúde se assemelham mais aos serviços pessoais (como o de um estilista, advogado ou arquiteto) porque, em certa medida, eles requerem sempre uma íntima relação interpessoal, mas o fato de envolverem um consumo muito intenso de mercadorias (equipamentos, medicamentos, insumos) os torna alvo de interesses mercantis, de forma tal que estes acabam por interferir na maneira como ocorre a produção desses serviços.

De acordo com Nogueira (1997), diferente do que ocorre numa linha de produção fabril, “o serviço de saúde nunca resulta de uma aplicação de regras gerais num processo de trabalho genérico”. Ele vai sempre demandar uma aplicação dessas regras e conhecimentos gerais a cada situação particular, a cada caso específico, e de um modo extremamente dependente da inter-relação com o usuário, o qual fornece valores de uso e também participa ativamente do processo e de seu resultado.

Nesse contexto, o que se compra e se vende são os atos úteis correspondentes ao trabalho parcelar executado por cada profissional e “consumido em ato” (ou seja, no momento em que é produzido), além dos bens materiais por eles empregados (mercadorias – medicamentos, materiais diversos, equipamentos etc.) no conjunto dos diferentes processos de trabalho destinados a diagnósticos, terapias e outros cuidados com a saúde.

⁵Todo processo de trabalho combina o trabalho em ato e o consumo de produtos decorrentes de processos de trabalho que o antecederam. O “Trabalho vivo” corresponde a esse trabalho em ato, o momento da relação entre o trabalhador e o usuário, e o “Trabalho morto”, a esse consumo de produtos de processos de trabalho anteriormente realizados, como o uso de equipamentos, medicamentos e outros. A esse respeito ver: MERHY, E.E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 3ª Ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2002 (Saúde em Debate, 145).



Valor de Uso

Chama-se valor de uso a todo objeto ou resultado do trabalho que vem atender a uma necessidade humana determinada, seja ela fisiológica ou social.

O usuário “pagará pelo valor dos bens materiais utilizados e pelo uso da força de trabalho preparada segundo os padrões correntes”. Ou seja, pagará pelo efeito útil presumido e, ao fazê-lo, sela um “pacto de cientificidade” com a medicina e com as demais práticas em saúde e seus prestadores, raciocinando mais ou menos assim: “aceito que essa multiplicidade de atos, cujas razões e objetivos específicos desconheço, terá um resultado positivo sobre meu estado de saúde”, não importando se terão em seu conjunto os tais efeitos úteis ou não (NOGUEIRA, 1997, 184-185).

Outro fator a considerar é que essa natureza coletiva, parcelar e fragmentada de trabalho em saúde e o consumo imediato em ato torna extremamente complicada a regulação da qualidade da produção desses serviços. O controle da fragmentariedade dos atos vai requerer um grau de inteligência, de habilidade técnica e de compromissos éticos muito grande. É este um dos problemas atuais do desenvolvimento dos processos de trabalhos quando consideramos as diferentes formas de regulação e contratos de trabalhos, conforme visto no Módulo 2 desta Unidade Didática, que ocorrem no setor de saúde, a exemplo das empresas de seguros de saúde, sejam eles privados ou públicos.



Reflexão

Considerando o exposto, como você, aluno/gestor, se posiciona diante da questão colocada por Nogueira (1997): Como remunerar serviços de saúde dentro de parâmetros que não coloquem em risco o necessário pacto de cientificidade firmado entre profissionais e usuários que esperam ver sua saúde preservada ou restabelecida?

O terceiro aspecto advém do fato do serviço de saúde não se realizar sobre coisas, sobre objetos concretos, como acontece numa fábrica de automóveis. Dá-se, ao contrário, sobre as necessidades e estados de saúde das pessoas e numa forte inter-relação pessoal.

O usuário do serviço é parte desse processo!

Ele agrega valores de uso necessários ao trabalho dos profissionais: a informação sobre sua história, suas queixas ou sintomas, além de participar ativamente para que as normas e prescrições sejam corretamente aplicadas supostamente para a resolução de seus problemas.

Nesse sentido, é um processo fundado numa profunda inter-relação entre quem consome o serviço e quem o presta, tornando o usuário um copartícipe do processo de trabalho e, frequentemente, corresponsável pelo êxito ou não da ação profissional. “Isto coloca já de imediato a questão do serviço: o serviço

traduz a adequação constante ao particular, no sentido não só do indivíduo como ser, mas das circunstâncias em que se dão seus problemas e necessidades.” (NOGUEIRA, 1997, p. 183).

Em outras palavras, não dá para pensar que o processo de trabalho em saúde, assim como na fábrica, possa ser considerado como um processo de produção em série, como uma simples repetição de atos mecânicos!

Tais especificidades do trabalho em saúde exige que se reflita muito seriamente sobre os problemas que podem advir da sua fragmentariedade, na medida em que o usuário precisa passar por uma diversidade enorme de atos (de diagnóstico ou terapia) para ter o seu problema explicado ou resolvido, implicando, inclusive, no seu deslocamento de um setor a outro dentro de uma mesma unidade, ou entre estabelecimentos distintos.

Nesse redemoinho de interações, tanto o sentido da fragmentariedade da prestação dos serviços de saúde quanto a forma de consumo, em ato, já mencionada anteriormente, escapa da compreensão do usuário, levando-o a ficar “perdido” no que diz respeito às escolhas e decisões que pode tomar na utilização desses serviços. Até porque há uma profusão infindável de trabalhos parciais e autônomos, principalmente de atos médicos que aí se realizam de forma tão especializada que foge à compreensão do usuário.

Isso vai exigir de cada trabalhador que opera o processo de trabalho em saúde um pacto ético e de cientificidade para a busca da sua qualidade.



Reflexão

Você já esteve na posição de usuário de algum tipo de serviço de saúde.

Como se deu essa relação? Você se sentiu bem acolhido? Seu problema foi resolvido ou devidamente encaminhado?

O que vem em sua mente quando você pensa o que é um bom serviço de saúde?

Será que esses aspectos têm sido a preocupação central na realidade concreta dos serviços de saúde?

Para ilustrarmos um pouco como isso se dá no cotidiano das instituições em que atuamos, vamos discutir dois casos em que ocorreram processos de trabalho coletivos e analisar semelhanças e diferenças com o que ocorre no cotidiano do serviço do qual você faz parte.

Leia o relato apresentado no Caso 1 e, em seguida, responda às questões que seguem.

Caso 1. Encontrando Maria Helena

D. Maria Helena, 66 anos, viúva, é moradora do bairro Girassóis há muitos anos, desde quando a USF de lá foi instalada com duas equipes. Os agentes comunitários da área já a conheciam como uma importante líder no bairro, participante ativa na comunidade e responsável pela catequese das crianças na paróquia do bairro. Porém, acerca de dois anos passou a apresentar sérios problemas de saúde, dentre eles a hipertensão arterial e problemas vasculares nos membros inferiores, o que a levou muitas vezes a procurar o serviço de saúde.

Desta vez, ela retorna a USF após realizar os exames que haviam sido requisitados há meses pelo médico da equipe 2.

O ritual é o de sempre e já se arrasta a mais de um ano em sua peregrinação pelos serviços de saúde. Como não teve agendamento prévio, resta-lhe esperar na fila por uma ficha para atendimento da demanda espontânea.

Passa pelo arquivo para retirada do prontuário e atualiza seus dados, informando ao arquivista que agora sua família cresceu, seu filho separou-se da esposa e está desempregado devido a problemas com alcoolismo, agora ela toma conta de mais dois netos em sua casa, um com cinco e outra com sete anos, além da sua filha mais nova, que tenta se preparar para o vestibular e dá aulas de reforço escolar para crianças do bairro, no terraço de sua casa, para complementar a renda da família.

Mas sua queixa principal hoje é que está ficando quase impossibilitada de andar, até mesmo para chegar à USF, que fica a duas quadras da sua casa. O problema é que a trombose em suas pernas vem se agravando a cada dia e ela não consegue obter resposta sobre quando será a consulta com o angiologista, cuja espera já vai completar um ano!

Na sala de preparo, a técnica de enfermagem chama sua atenção para a sua pressão:

— D. Maria Helena, o que a senhora está fazendo que não consegue baixar essa pressão? Não está fazendo exercícios, não está se alimentando direito? Cadê a senhora que não está mais participando do grupo de hipertensos daqui da unidade?

Na cabeça de D. Maria Helena, vem um turbilhão de respostas para lhe dar, mas envergonhada, limita-se a repetir:

— Como eu posso sair de casa do jeito que estão as coisas?

Após quase duas horas de espera, quando o médico já atendeu os 16 pacientes agendados, D. Maria Helena é chamada para a consulta médica, um “encaixe” que seu agente de saúde conseguiu, para que o médico possa ver os resultados dos exames recém-recebidos.

Como de praxe, o médico lhe pergunta:

— O que a senhora está sentido? Por que procurou a unidade?

— O de sempre doutor... Agora mesmo, muita dor, quase não consigo mais andar, tenho cansaço e estou com muita preocupação porque...

O médico a interrompe:

— Dor onde? De que jeito é essa dor? Tem febre? Dor de cabeça?

— Não doutor, ainda é o mesmo problema das minhas pernas, olhe como estão inchadas e escuras. Não existe remédio para isso? O que o senhor pode fazer por mim?

— Olha dona Maria Helena, já fiz os encaminhamentos que devia e a administração da unidade já colocou a senhora na fila de espera, agora é só aguardar... É assim mesmo no serviço público! Não há vaga para todo mundo! O que eu podia fazer, já fiz! Mas pelo que vejo nem adiantou. Olha o resultado dos seus exames! Suas taxas estão todas alteradas! A senhora não está cumprindo com o que recomendei! Eu já lhe alertei: mesmo que a senhora seja atendida pelo angiologista, vou logo avisando, ele não vai poder fazer muita coisa se antes a senhora não perder peso! Tá fazendo aquela dieta que eu pedi para a nutricionista orientar? Sem gordura, sem muita massa e com alimentos naturais, integrais e com muita fruta e verduras? Está usando adoçante em vez de açúcar? Olhe, tudo isso é essencial, a senhora não pode negligenciar sua dieta! Converse com a enfermeira para ver o que ela pode fazer. Mais alguma queixa D. Maria Helena?

— Não doutor, obrigada! (“O que mais posso dizer, ele nem quer saber! Afinal de contas ele é muito ocupado e parece que ficou muito aborrecido comigo, não posso mais tomar seu tempo!”).

D. Maria Helena sai matutando sobre como vai comprar os remédios que ele prescreveu, pois já foi avisada de que a farmácia da unidade está desfalcada.

Na porta do consultório da enfermeira pensa: “Será que vai adiantar?” Tenta lembrar-se do que dissera o médico durante a consulta: será que meu caso é tão grave assim? Do jeito que as coisas estão nesses últimos meses lá em casa, como eu vou fazer dieta? É tudo tão caro, e com os meninos agora lá em casa o que eu vou poder fazer? E fazer exercício físico de que jeito? Mal posso andar, olha o peso das minhas pernas! Mas quem se importa com isso?

Assim que entra a enfermeira, recordando de suas ausências no grupo, pergunta:

— E aí D. Maria Helena, nunca mais apareceu, o que está acontecendo? Como vai a vida? A família vai bem?

— A vida vai seguindo do jeito que Deus manda... fazer o quê? (Será que ela tem tempo para ouvir o que tenho para dizer? Esse pessoal é tão ocupado!).

Entretanto, a pergunta mesmo que lhe parecesse de praxe lhe deu oportunidade para falar e ela não segurou mais suas emoções, chorou e falou! Botou para fora tudo que estava lhe afligindo naquele momento! Falou das dificuldades com o filho alcoólatra e separado, da sua obrigação de cuidar dos dois netos menores, da falta de dinheiro, da impossibilidade de fazer a dieta, pois está vivendo do que a sua aposentaria lhe permite, da fila de espera pelo angiologista que nunca anda, das dores que não cessam e do medo de morrer antes de ver a filha entrar na faculdade!

Comenta por fim que suas esperanças agora repousam, unicamente, na promessa que fez para São Francisco do Canindé e que tem fé de pagar pela graça alcançada viajando para seu santuário tão logo seu problema tenha sido resolvido, com a graça de Deus!



Atividade

1

A partir do que você leu no **Caso 1**, responda:

- 1** Imagine-se na posição da usuária do serviço apresentado no caso “Encontrando D. Maria Helena” e analisando o modo como a mesma foi atendida, procure descrever os processos de trabalho realizados, destacando:
 - a)** Que atores estiveram envolvidos na prestação dos serviços?
 - b)** Que recursos tecnológicos estiveram mobilizados de forma predominante em cada um dos processos assistenciais?
 - c)** Como se deu a participação da usuária em todo o processo de trabalho realizado? Ele se comportou de forma passiva ou ativa?
- 2** Responda a essas questões, registrando no seu caderno de atividades. Elas deverão ser enviadas para o seu tutor junto com a **Atividade 2**.

Não perca a oportunidade de discutir com ele um pouco mais sobre o processo de trabalho em saúde. Para que isso seja possível, estão disponibilizadas ferramentas como Chats e Fóruns que podem ser abertos por cada tutor, a depender da necessidade do grupo.

Queremos com essa reflexão chamar a sua atenção enquanto gestor para o fato de que na realização do cuidado dirigido à saúde, os trabalhadores em seu processo de trabalho operam um “Núcleo Tecnológico” que, segundo Merhy e Franco (2003), é composto pelo que eles denominam de “Trabalho Morto” (correspondente ao instrumental) e de “Trabalho Vivo” (o ato humano em si). Juntos eles vão estabelecer, entre si, uma razão chamada de “Composição Técnica do Trabalho (CTT)”.

A história nos revela que a formação do modelo assistencial em saúde no Brasil manteve, por longas décadas, sua Composição Técnica do Trabalho centrada nas ações curativas e no uso de tecnologias “duras” (das máquinas, dos instrumentos) e “leve-duras” (esse instrumental associado aos saberes e técnicas profissionais), conforme as classificou Merhy (1997). Isso porque, nessa forma de organização do trabalho, predominaram os interesses corporativos e dos grupos econômicos que atuam na saúde, no campo macropolítico e institucional.

Esse modelo organizou o processo de trabalho centrado nos atos e consultas médicas, cujo saber passou a estruturar e nuclear o trabalho dos demais profissionais, de tal modo que o cuidado em saúde passou a ser muito dependente do uso das referidas tecnologias “duras e leve-duras”.

Mas todo e qualquer trabalho realizado nessa área abriga também um espaço peculiar no plano da organização micropolítica do trabalho em saúde: o espaço relacional. Nesse microespaço há uma intercessão entre quem produz o serviço e quem o consome em ato. Nesse sentido, pode-se criar um novo fazer nessa intercessão em que é possível o incremento do uso de “tecnologias leves”, correspondente à comunicação e às relações que aí se estabelecem (MERHY, 1997).

Vamos refletir sobre como isso é possível?



Reflexão

Que mudanças se fazem necessárias no processo de trabalho em saúde para que se consiga a qualidade desse trabalho na perspectiva de sua integralidade?

Para avançar nessa discussão, leia o texto: **Por uma Composição Técnica do Trabalho centrada no campo relacional e nas tecnologias leves**, de Merhy e Franco (2003), postado na biblioteca virtual.

Depois da leitura do texto, vamos agora ao encontro de Seu Francisco.

Caso 2: Encontro com Seu Francisco

Encontrava seu Francisco sentado na cadeira de balanço de frente à janela que dá para a cancela. Cancela que dá para a estrada. Estrada que leva à cidade para onde há muito seu Francisco não vai. Com esforço, de olhos sempre fechados, “os ouvidos puxam as lembranças das imagens” que se desentendem nesse tempo de quase nove décadas vividas.

Assim pode “ver” os passarinhos cantando lá fora, o frescor vindo do mato, o chão molhado da serra, a água corrente entre as pedras e o ronco do carro que passa distante, a cada três horas. Sua irmã, sentada ao seu lado, o acompanha na apreciação da paisagem. Na visita usual (da Equipe da **ESF**), artrite reumatoide, deficiência visual e auditiva, dificuldade de deambulação são palavras reescritas e registradas no prontuário.

Algum tempo depois da verificação da TA, ausculta, exame físico e prescrições, alguém da equipe conta que, quando criança, muitos saíam de casa para ouvi-lo tocar sua gaita. A irmã relatou que após sangramento nasal que o levou a consultar um otorrino, seguiu rigorosamente a recomendação do especialista: há catorze anos não tocava a sua gaita e até desfez-se dela presenteando um parente. Alguém pergunta em tom alto para que ele possa escutar: sente saudade, seu Chico? Ele direciona o rosto à voz e responde com os olhos fechados: SIM! Muita, muita saudade! Aprendera a tirar sons sozinho, devagar, mas quando gostava de uma canção, não sossegava enquanto não a tocava “todinha”. Lembra o poeta Fernando Pessoa: **E a melodia que não havia / se agora a lembro / faz-me chorar.**

No dia seguinte, a equipe encontra Seu Francisco e a irmã diante da janela. A mesma cena e uma sensação de que nada acontecia por ali. Ao entrar, a médica ansiosamente põe um objeto em suas mãos: “Trouxe uma coisa pro senhor!” Ele o apalpa de uma ponta a outra; reconhecendo a velha parceira, a agarra com os olhos marejados e canta alto, com cara feliz de menino quando ganha um brinquedo novo: “Eu vou pra lua, eu vou morar lá”... Leva a gaita aos lábios; continua a canção tocando-a inteirinha. Acho que Manoel de Barros diria: “*cigarra que estoura o crepúsculo que a contém*”. Mas era também uma manifestação de alegria; algo com cheiro de aurora. Abstrações ganhando formas. Seu Francisco pegara a música do ar e das coisas lá de fora; inseria na música tudo o que havia colhido naquela janela; tudo o que precisava para expressar o seu mundo.

Seu Francisco arrumou-se, foi à cidade. Como quem sai para exibir a antiga namorada reencontrada, foi brilhar na abertura da conferência municipal de saúde do local.

No meio do discurso de abertura do secretário de saúde, seu Francisco, com a gaita na mão, não aguentou esperar sua vez de se apresentar; começou a tocar ainda na plateia sendo rapidamente conduzido ao palco. Ele queria “tirar o desconto dos catorze anos que ficou sem tocar”.

(Disponível em: <<http://www.redehumanizaus.net/search/node/blog>>. Acesso em: 18 jul. 2012).



Atividade

2

- 1** Depois da leitura do **Caso 2**, reflita sobre as seguintes questões:
 - a) Que atores estiveram envolvidos na prestação dos serviços?
 - b) Que recursos tecnológicos predominaram no processo assistencial?
 - c) Como se deu a participação do usuário no processo de trabalho, de forma ativa ou passiva?
- 2** Registre suas reflexões e envie para o seu tutor juntamente com a atividade 1. Lembre que as atividades devem ser enviadas por meio da plataforma virtual do curso.



Resumo

Neste módulo, você teve a oportunidade de contextualizar o trabalho em saúde em sua dimensão conceitual e nas relações que estabelece com a realidade social, política e econômica do país e com as transformações do mundo do trabalho, bem como analisar os aspectos do Processo Coletivo de Trabalho nos serviços de saúde, destacando sua composição tecnológica e especificidades em relação a outros setores de serviços. Aprendeu que o trabalho nos serviços de saúde é parte integrante do processo de trabalho em geral e, portanto, compartilha características comuns com outros processos de trabalho, mas que por ser um serviço que se funda numa inter-relação pessoal muito intensa, ele possui características muito especializadas e particularmente decisivas, para a sua própria eficácia. Aprendeu também que todo e qualquer trabalho realizado abriga um espaço peculiar para inovações no plano da organização micropolítica do trabalho em saúde que é o espaço relacional – o espaço da comunicação entre os usuários e os produtores dos serviços.

Atividade final

Comparando o Caso 1, realizado na Atividade 1, com o Caso 2, da Atividade 2, analise:

- a) Que princípios foram aplicados nos dois modos dos trabalhadores produzirem os serviços de saúde (acolhimento, resolutividade e corresponsabilidade)?
- b) Agora, tomando como base a leitura realizada do texto **Por uma Composição Técnica do Trabalho centrada no campo relacional e nas tecnologias leves**, de Merhy e Franco (2003), e a sua própria realidade enquanto gestor e trabalhador da saúde, responda às seguintes questões:
 - i) Quais são as características mais marcantes do trabalho em saúde?
 - ii) Que fatores dificultam ou facilitam a qualidade do trabalho em saúde?
 - iii) O que precisamos mudar em nossas práticas gerenciais e nos processos de trabalho em saúde para que efetivemos um trabalho vivo humanizante, com acolhimento, resolutividade e corresponsabilidade?

Estamos encerrando a Unidade 1 do curso. Felicitamos a todos que continuam nesta jornada de ensino e aprendizagem que, embora árdua, é sem dúvida também prazerosa e instigante. Para celebrar, vamos usar a nossa criatividade para enviar uma mensagem de estímulo para aqueles que, por ventura, ainda não concluíram. Pode ser uma frase, uma carta, uma reflexão, um pensamento, enfim, algo que os estimule nesse esforço em busca do aprendizado significativo.

Sucesso nos estudos da Unidade 2: **Gestão do Trabalho em Saúde!**

Referências

ALBORNZO, Suzana. **O que é trabalho**. 2. ed. São Paulo: Brasiliense, 1986. Col. Primeiros Passos.

FRIGOTTO, Gaudêncio. **Educação e crise do capitalismo real**. São Paulo: Cortez, 1995.

FRIGOTTO, Gaudêncio. A dupla face do trabalho: criação e destruição da vida. In: CIAVATTA, Maria; FRIGOTTO, Gaudêncio (Org.). **A experiência do trabalho e a educação básica**. Rio de Janeiro: DP&A, 2002.

MARX, Karl. **O Capital**. São Paulo: Abril Cultural, 1984. v 1.

MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em Saúde, um desafio para o público**. São Paulo: HUCITEC, 1997.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, ano XXVII, v. 27, n. 65, set./dez. 2003.

NOGUEIRA, Roberto Passos. O Trabalho em Saúde. In: SANTANA, José Paranguá de (Coord.). **Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas de Saúde do Distrito Sanitário**: Projeto GERUS, Ministério da Saúde: Fundação Nacional de Saúde, Brasília, 1997. p. 182-186.

_____. Trabalho e qualidade em serviços de saúde. In: SANTANA, José Paranguá de; CASTRO, Janete Lima de. (Org.). **Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos de saúde CADRHU**. Natal: EDUFRN, 1999.

Janete Lima de Castro
Elizabete Cristina Fagundes de Souza
Rosana Lúcia Alves de Vilar
Jorge Luiz de Castro
Maria Jalila Vieira de Figueirêdo Leite

UNIDADE II

Gestão do trabalho em saúde



Apresentação

Na sociedade contemporânea, caracterizada pela multiplicidade e variedade de organizações, o trabalho é considerado como o espaço de atuação e afirmação do indivíduo. De acordo com Saviani, 1994, *apud* Rocha-Pinto *et al* (2007, p.19), “é no mundo do trabalho onde se configura a arena de concretização das habilidades individuais que, transformadas em produtos e serviços, afetam a sociedade de uma forma geral, tornando o trabalho uma prerrogativa humana”. Nesse sentido, se afirma que o contexto atual impõe uma revisão nos pressupostos, estratégias e práticas de gestão do trabalho.

Esta Unidade tem como propósito analisar questões da gestão do trabalho no SUS nos seus aspectos institucionais e operativos, desenvolvendo um conhecimento crítico que permita a formulação de estratégias que apontem para a eficiência e efetividade dos serviços de saúde e para a melhoria da qualidade do atendimento à população.

A Unidade está organizada em seis módulos de forma a orientar didaticamente o seu caminhar neste processo de ensino e aprendizagem.

- **Módulo 1:** Características das instituições de saúde
- **Módulo 2:** Humanização na gestão do trabalho em saúde
- **Módulo 3:** Saúde do trabalhador no contexto do SUS
- **Módulo 4:** Negociação como metodologia de gestão do trabalho
- **Módulo 5:** Instrumentos da gestão do trabalho
- **Módulo 6:** Informação para a gestão do trabalho e da educação na saúde: fontes e usos

Seus objetivos de aprendizagem são:

- Compreender as principais características das instituições de saúde, destacando o papel central do trabalhador.
- Discutir os determinantes e as características da organização do trabalho, realçando os aspectos mais importantes para a gestão dos serviços.

- Conhecer a Política Nacional de Humanização e discutir suas diretrizes que orientam a gestão do trabalho em saúde no SUS.
- Desenvolver iniciativas de gestão participativa e de valorização do trabalho e do trabalhador, a partir do reconhecimento das capacidades de intervenção dos sujeitos no processo de trabalho e na tomada de decisões.
- Compreender as interfaces saúde do trabalhador, condições de trabalho e gestão do trabalho.
- Compreender a negociação do trabalho como uma metodologia de gestão do trabalho para solução de conflitos e pactuação de acordos.
- Analisar mecanismos e instrumentos de gestão do trabalho nos serviços públicos de saúde que apontem para a produtividade e qualidade.
- Compreender e utilizar a informação como um recurso estratégico para o campo da gestão do trabalho e da educação na saúde.
- Conhecer as fontes formais de informação e os indicadores de gestão do trabalho e da educação que podem subsidiar a tomada de decisão dessa área.
- Conhecer os indicadores para a área de gestão do trabalho e da educação na saúde.
- Compreender a importância desses indicadores para interpretação da realidade social e para a avaliação das políticas públicas.

Características das instituições de saúde

Módulo

1



1.1 Introdução

Na Unidade Didática I, quando discutimos as transformações do mundo do trabalho, vimos como o mercado de trabalho em geral influencia o mercado de trabalho em saúde. Comprendemos ali que há um ambiente externo às instituições que influencia de modo significativo os projetos organizacionais e os processos de trabalho. Um exemplo disso são os avanços nas tecnologias da informação e da comunicação, que estabeleceram um novo cenário para as organizações: um cenário global e sensível às exigências do público consumidor. Outra questão é o fato de a nova ordem mundial exigir organizações aptas a lidarem com as incertezas de um mundo em constante transformação e os modelos organizacionais mecanicistas de rotinas inflexíveis se tornarem, a cada dia, mais ineficazes. Nesse contexto, estratégias orientadas para lidar com cenários cada vez mais complexos assumem espaços crescentes nas organizações, ensejando formas de gerenciamento e de estruturas organizacionais mais participativas, integradas, descentralizadas e flexíveis.

Por outro lado, o contexto atual também revela que a flexibilização possibilitou o surgimento de novas formas de trabalho, dando origem a novas relações de trabalho. Uma das consequências dessa “flexibilização” foi a descartabilidade do indivíduo trazida no bojo do uso sistemático da terceirização da força de trabalho.

Como esse contexto repercute nas organizações de saúde? Quais são as especificidades dessas organizações que precisamos compreender para melhor enfrentar as adversidades do contexto apresentado?

Você está motivado para responder a essas perguntas? Esperamos que sim. Caso esteja em dúvida, lembre-se das palavras de Morin (2004, p.22) quando ele diz que “o desenvolvimento da inteligência geral requer que seu exercício seja ligado à dúvida, fermento de toda atividade crítica (...)”.

Então, vamos jogar fermento na nossa capacidade de aprender?

Tendo as questões apresentadas anteriormente como bússola, o presente módulo tem o propósito de proporcionar a você, estudante/gestor, a realização de diversas atividades, no intuito de que, ao final dele, você tenha alcançado os dois primeiros objetivos de aprendizagem desta Unidade:

- Compreender as principais características das instituições de saúde, destacando o papel central do trabalhador.
- Analisar as características da organização do trabalho em saúde, realçando os aspectos mais importantes para a gestão dos serviços.

1.2 O que são instituições de saúde?

O Módulo 1 da Unidade Didática II convida você, estudante/ gestor, a fazer uma rápida visita à Atividade 1 do Módulo 1 da Unidade Didática I.

Essa visita tem o propósito de buscar os problemas referentes à gestão do trabalho, elencados na citada atividade e postado no Mural. Você lembra dessa relação de problemas?



Atenção

Para dar continuidade ao presente módulo, se faz necessário que você realmente faça esse resgate. Ao rever os problemas listados na Unidade I, não se esqueça de melhorar o seu enunciado. Afinal, sabemos que os enunciados devem sempre apresentar bem o problema, não é?



Atividade

1



AVA



Fórum

1

Reescreva a listagem de problemas, destacando aqueles relacionados com a Gestão do Trabalho, e poste no Mural.

2

Postada a sua relação no Mural, faça agora uma breve reflexão sobre como os problemas listados afetam o funcionamento dos serviços e discuta as suas reflexões no fórum **Principais problemas do campo da Gestão do Trabalho e suas implicações para o bom funcionamento dos serviços de saúde.**

O fórum ficará aberto por **15 dias**. Nesse período, todos os participantes deverão fazer, pelo menos, dois comentários sobre o tema disparador da discussão.



Feito esse aquecimento, importante para compreendermos o cenário, vamos dar continuidade ao módulo, procurando compreender as principais características das organizações de saúde, destacando o papel central do trabalhador.

O setor saúde no Brasil, à semelhança de outros setores, experimenta oscilações de cenário que tornam seu ambiente turbulento e complexo, como por exemplo, as constantes inovações e incorporações tecnológicas, a organização do sistema político, as relações público/privado, a atuação das corporações profissionais, a expansão do processo de descentralização dos serviços de saúde e os novos modos de financiamento dos serviços, entre outros. Essas oscilações influenciam significativamente a dinâmica organizacional do Sistema Único de Saúde. Agrega-se a esses elementos a crescente exigência por parte do usuário, no que se refere à melhoria da qualidade da prestação dos serviços de saúde.

Tal contexto tem implicação direta nas instituições de saúde e na atuação da área da gestão trabalho, passando a exigir dos setores que coordenam essa área uma reflexão sobre suas práticas e sobre o papel dos trabalhadores nessas instituições.



Reflexão

Mas, o que são organizações de saúde? O que as diferencia de outras organizações? Quais são as suas características? Quem são os trabalhadores da saúde?

Dussault (1992), utilizando a tipologia de Mintzberg (1987), destaca que os serviços de saúde podem ser qualificados como **organizações profissionais**. Estas, por sua vez, se caracterizam, essencialmente, por dependerem do trabalho de profissionais para funcionar. Ou, dizendo de outra forma e utilizando as expressões do próprio Dussault (1992, p.8.), dependem “de seus operadores, em primeiro lugar”. Esses “operadores” se coordenam automaticamente através do conjunto das suas competências, que tornam previsíveis os comportamentos de cada um. Por outro lado, apesar da padronização, a complexidade do trabalho profissional exige que um alto grau de discernimento individual seja utilizado na aplicação das competências.

Dentre as características das organizações profissionais destacadas por Dussault (1999), relacionam-se algumas a seguir.

- Nas organizações profissionais, o saber e as habilidades são formalizados através do processo de formação e das normas definidas pelas associações profissionais.
- Nenhum superior hierárquico pode impor ao profissional uma conduta determinada. O chefe do serviço, por exemplo, não pode dizer ao nutricionista qual dieta adotar para o paciente.
- Não só o superior hierárquico, mas também os colegas têm poucas possibilidades de impor uma conduta determinada a um dos seus pares.
- O único controle ao qual os profissionais admitem se submeter é o exercido pelas entidades corporativas (Conselhos Federais e Regionais das profissões). Acrescente-se que esse controle é limitado aos aspectos éticos, baseia-se em um Código de Ética e Leis do exercício profissional elaborado pela própria profissão e visam proteger tanto o usuário quanto os próprios profissionais.
- Os profissionais têm consciência das suas singularidades, como, por exemplo, que foram treinados por longos períodos e com altos custos para a sociedade.
- A estrutura das organizações profissionais é necessariamente descentralizada, ainda que burocrática. É descentralizada porque somente o próprio profissional pode ser responsável por seu trabalho. No entanto, é burocratizada porque o trabalho profissional é estável, ou seja, os mesmos procedimentos costumam se repetir ao longo do tempo. (Um cirurgião não costuma reinventar os atos cirúrgicos a cada cirurgia).
- A autonomia dos profissionais torna a intervenção dos gerentes, no ato da produção, bastante difícil. Na prática, o que possibilita a intervenção dos gerentes é que os operadores, por sua vez, precisam da organização, a qual

fornece os instrumentos de trabalho e a infraestrutura material e humana de apoio, essenciais para que possam exercer as suas competências.

- A infraestrutura de apoio é organizada, em geral, de forma mais convencional, o que leva à coexistência, dentro das organizações profissionais, de duas estruturas de gestão: uma democrática, para os profissionais, outra centralizada, para o pessoal de apoio. Por conseguinte, dos gerentes é exigida também uma dupla capacidade.
- O trabalho nas organizações de saúde é muito variável, complexo e de difícil padronização. As atividades realizadas são especializadas e altamente interdependentes. A definição e a medida dos resultados dessas atividades são tarefas extremamente complicadas a realizar.

Nessa discussão, algumas especificidades do trabalho em saúde, discutidas na Unidade I, merecem ser lembradas. Para isso, nos reportaremos, mais uma vez, aos ensinamentos de Nogueira (1997):

- Toda a assistência à saúde é um serviço.
- Os serviços de saúde se fundam numa relação interpessoal muito intensa.
- O trabalho em saúde não se realiza sobre coisas ou objetos e sim sobre pessoas, onde o consumidor/usuário não apenas fornece as informações necessárias sobre sua queixa ou doença, mas participa ativamente do processo, garantindo que as prescrições sejam aplicadas corretamente.
- Ao contrário de outros processos de produção, quem detém a direcionalidade técnica também “põe a mão na massa”.
- A grande diversidade de processos que compõem o trabalho em saúde faz com que o usuário se submeta ao ritmo de diversas operações parciais e fragmentadas (espera pela autorização do atendimento, consulta com vários médicos especialistas, exames complementares, consulta com a enfermagem, entrevistas com psicólogo, assistente social e outros profissionais).
- O trabalho é desenvolvido por diversos profissionais, com distintas formações, pertencentes a corporações profissionais diferentes que possuem, na maioria das vezes, diferentes interesses.

Feitas essas considerações iniciais sobre as organizações de saúde, vamos agora procurar compreender quem são os trabalhadores em saúde.

1.3 Quem são os Trabalhadores da Saúde?

Começamos este módulo destacando a afirmação de Dussault (1992, p. 8), que diz que as organizações de saúde dependem de seus “operadores em primeiro lugar”. Corroborando essa afirmação, Santana (1999, p. 388) ressalta que o sucesso de qualquer organização depende de cada um dos seus integrantes.

Todavia, no caso das organizações de saúde, isso se aplica de modo radical. Para apoiar sua afirmação, o citado autor problematiza: “Quem decide a indicação de medicamentos, equipamentos e outros insumos? Quem administra seu uso? Como o faz? Quem poderia controlar sua aplicação adequada e econômica?”.

Para Santana, não há dúvida de que as respostas apontarão os responsáveis pela execução direta das atividades, demonstrando que o verdadeiro controle de todo o processo produtivo depende dos profissionais que operam os serviços, aqueles que estão “na ponta da linha”. Ainda para o citado autor, os chamados operadores costumam ter, na maioria das vezes, uma difusa ideia do seu papel central no trabalho, contudo seu comportamento efetivo não deixa dúvida a esse respeito, na medida em que preservam, com todo zelo, os limites de autonomia possível em cada ato do seu trabalho.

Mas, quem são esses “operadores”? Eles têm os mesmos interesses? Pertencem à mesma profissão? Exercem a mesma função na divisão do trabalho? Possuem a mesma escolaridade? Têm o mesmo estatuto profissional? São reconhecidos pela população de forma igual? Ingressam pelas mesmas modalidades de contrato?

Para responder a essas questões, vamos nos dedicar à realização da atividade seguinte. Não esqueça de que ela deverá ser encaminhada para o seu tutor.



Atividade

2

1

Analise as características do trabalhador da saúde, através de um exercício de identificação de algumas das características das profissões de médico, enfermeiro, assistente social e agente comunitário. Para a realização da sua análise, utilize os seguintes atributos:

- funções exercidas na divisão do trabalho;
- validação educacional e legal;
- existência de Associações, Sindicatos, Conselhos profissionais;
- modalidades de vínculos empregatícios.

2

Consolide as informações em um quadro com sua reflexão e encaminhe, por meio da plataforma virtual do curso, para o seu tutor, respondendo à questão a seguir:

Quais são as implicações dessa heterogeneidade do trabalhador de saúde para a gestão do trabalho nessa área?

Como você deve ter percebido, o cenário organizacional em que atuamos não é simples. Para aprofundar um pouco mais o seu conhecimento sobre a complexidade desse cenário convidamos você, aluno/gestor, a discutir outra questão muito importante para todos aqueles que labutam no campo da gestão do trabalho: O papel das entidades de saúde e as implicações para a gestão do trabalho em saúde. Vamos fazer essa discussão de forma socializada no fórum, que constitui a Atividade final deste módulo.

Antes de iniciar sua participação no fórum indicado, atente para as seguintes orientações:

- Com o objetivo de ajudar a sua reflexão sobre o tema, indicamos a leitura do texto — postado na biblioteca virtual do curso — **Bases Técnicas e Sociais do Trabalho em Saúde em suas implicações para a Gestão de Recursos Humanos**, destacando os aspectos relacionados ao fórum.
- A discussão que estamos propondo é importante e polêmica, portanto, merece toda a nossa atenção.



Resumo

Neste módulo, você percorreu caminhos de ensino e aprendizagem que lhe possibilitaram compreender as instituições de saúde como organizações profissionais, uma vez que elas, em primeira instância, dependem de seus trabalhadores. Além disso, você avaliou a complexidade dessas instituições e estudou a centralidade do papel dos trabalhadores nas instituições de saúde. Discutiu a heterogeneidade desse trabalhador e as implicações dessa característica para a gestão do trabalho na saúde e, por fim, analisou o papel das entidades profissionais da saúde, procurando entender a sua atuação nas instituições de saúde, como também as implicações desta atuação na gestão do trabalho.

Atividade final

Agora, vamos realizar o fórum anunciado anteriormente. Para termos um fórum participativo e dinâmico, cada aluno deverá postar, no mínimo, dois comentários que resgatem a leitura do texto e as suas observações da realidade presenciada nas instituições de cada um.



Fórum

.....“**Implicações para a gestão do trabalho da atuação das corporações de saúde**”

Agora que você compreendeu a complexidade das organizações de saúde e refletiu sobre quem são esses trabalhadores e as implicações da atuação de suas entidades nas instituições de saúde, vamos, no módulo seguinte, abordar o tema **Humanização na Gestão do Trabalho em Saúde**. O propósito é refletir sobre a Política Nacional de Humanização (PNH), recortando as suas diretrizes que orientam a gestão do trabalho em saúde no SUS. Percorra o módulo com a preocupação de entender as dificuldades e oportunidades de se implantar políticas inovadoras e participativas nas instituições de saúde.

Referências

DUSSAULT, G. A gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 8-19, abr./jun. 1992.

DUSSAULT, G. A.; SOUZA, L. E. **Gestão de Recursos Humanos em Saúde**. Disponível em: < info.worldbank.org/etools/library/view_p.asp?lprogram=6&objectid=206831 > . Acesso em: 3 maio 2012.

MORIN, Edgar. **A cabeça Bem-feita**: repensar a reforma, reformar o pensamento. Rio de Janeiro: Bertand Brasil, 2004.

NOGUEIRA, Roberto Passos. O Trabalho em Serviços de Saúde. In: SANTANA, José Paranaguá de (Org.). **Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 1997. p. 182-186.

ROCHA-PINTO, Sandra Regina da et al. **Dimensões funcionais da gestão de pessoas**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.

SANTANA, José Paranaguá de (Org.). A gestão do trabalho nos estabelecimentos de saúde: elementos para uma proposta. In: SANTANA, José Paranaguá de; CASTRO, Janete Lima de (Org.). **Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos – CADRHU**. Natal: EDUFRN, 1999.

Anotações

Humanização na gestão do trabalho em saúde

Módulo

2



2.1 Introdução

A humanização da gestão do trabalho em saúde é objeto da Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção à Saúde, mais conhecida por sua sigla PNH ou por seu nome HUMANIZASUS. Você que é trabalhador do SUS, atuando na atenção ou na gestão, já deve conhecer um pouco da referida política.

Neste módulo, você terá oportunidade de conhecê-la um pouco mais, refletir sobre algumas de suas diretrizes e princípios e exercitar a análise de experiências vivenciadas no seu cotidiano de trabalho a partir de ferramentas que a PNH oferta para estimular reflexão e iniciativas que provoquem movimentos de mudança na produção do trabalho em saúde.

A estrutura de desenvolvimento do módulo será composta de três temas que seguem articulados entre si e compostos por informações e exercícios, que buscam atingir os objetivos descritos a seguir. Os temas são:

2.1 A gestão do trabalho na Política Nacional de Humanização do SUS.

2.2 A gestão participativa e a produção de coletivos que compartilham a valorização do trabalhador e do trabalho em saúde.

2.3 O apoio institucional e a educação permanente como ferramentas para a gestão do trabalho.

2.4 A saúde do trabalhador no contexto do SUS.

Este módulo visa atingir três objetivos de ensino-aprendizagem, relacionados a seguir:

- Conhecer a Política Nacional de Humanização (PNH) e discutir suas diretrizes que orientam a gestão do trabalho em saúde no SUS.
- Desenvolver iniciativas de gestão participativa e de valorização do trabalho e do trabalhador, a partir do reconhecimento das capacidades de intervenção dos sujeitos, nos processo de trabalho e na tomada de decisões.
- Discutir as interfaces saúde do trabalhador, condições de trabalho e gestão do trabalho.

2.2 A Gestão do trabalho na Política Nacional de Humanização do SUS

Como falamos anteriormente, você já deve ter escutado em algum lugar, lido ou mesmo vivenciado alguma experiência em que a PNH foi citada. Mesmo assim, nós vamos lembrar o que significa humanização no SUS, a partir da proposta da referida política.

Na PNH, humanização compreende as dimensões ética, estética e política implicadas naquilo que é produzido na atenção e na gestão do SUS. *Ética* porque está relacionada à mudança de atitude dos usuários, dos gestores e dos trabalhadores de saúde, de forma a comprometê-los como corresponsáveis pela qualidade das ações e serviços gerados; *estética*, porque é relativa ao processo de produção da saúde e das subjetividades autônomas e protagonistas; *política*, porque diz respeito à organização social e institucional das práticas de atenção e gestão, na rede do SUS (Brasil, 2008).

Trata-se, portanto, de estabelecer compromisso ético, estético e político de Humanização do SUS. Humanizar aqui não significa resgatar apenas as relações de civildade e boa educação entre trabalhadores, gestores e usuários ou desenvolver as ditas “boas relações humanas”, comumente pensadas quando alguém se refere à humanização.

A humanização, na PNH, implica em:

- valorização dos diferentes sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde: os usuários, os trabalhadores e os gestores;
- fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos;
- aumento do grau de corresponsabilidade na produção de saúde e na constituição de sujeitos;
- estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão;
- identificação das dimensões de necessidades sociais, coletivas e subjetivas de saúde;

- mudança nos modelos de atenção e gestão, tendo como foco as necessidades dos cidadãos, a produção de saúde e o próprio processo de trabalho em saúde, valorizando os trabalhadores e as relações sociais no trabalho;
- compromisso com a ambiência, melhoria das condições de trabalho e de atendimento.

A humanização do SUS, portanto, vai além das noções de civilidade e exige reconhecer a dimensão do humano presente na produção do trabalho em saúde como complexa e dinâmica, conflituosa e contraditória, buscando lidar com ela a partir de valores de autonomia e protagonismo dos sujeitos envolvidos, de corresponsabilidade entre eles, de solidariedade dos vínculos estabelecidos, de respeito aos direitos dos usuários e da participação coletiva no processo de gestão.

Isso significa que a gestão é também passível de humanização, ou seja, é possível enfrentar e lidar com os problemas da gestão de forma a reconhecê-los como produzidos nas relações entre os sujeitos e pelos sujeitos que produzem o trabalho em saúde. Faz-se importante ressaltar que a PNH rejeita a dissociabilidade entre Gestão e Atenção. Dissociabilidade está ainda presente na maioria das instituições de forma predominante e dá a impressão de que o trabalho de quem está em cargo ou função gestora no SUS não tem nada a ver com o trabalho realizado por quem está na rede de serviços de atenção, nem tampouco com os problemas que lá existem.

Você identifica na sua instituição a existência de desarticulação entre a Gestão e a Atenção?



A PNH, ao contrário dessa visão dissociada, adota as referências teóricas que assumem que gestão e atenção estão no mesmo plano da produção do trabalho em saúde e que a gestão da produção do cuidado em saúde se dá por qualquer trabalhador, em qualquer lugar do Sistema, mesmo que tenham atribuições e responsabilidades específicas e desenvolvam tarefas diferenciadas. Os problemas e as situações que ocorrem em quaisquer das funções exercidas no trabalho em saúde, gestora ou de atenção direta à saúde das pessoas, interferem entre si e nos resultados e objetivo do trabalho produzido; portanto, resultado e finalidade do trabalho em saúde são de responsabilidade de todos os envolvidos nos processos de trabalho.

No desenvolvimento da PNH, o SUS vem trabalhando pela consolidação de quatro objetivos específicos que interferem nos modelos de gestão e de atenção:

- 1) reduzir as filas e o tempo de espera, ampliando o acesso e um atendimento acolhedor e resolutivo, baseado em critérios de risco;
- 2) dar conhecimento a todos os usuários sobre quem são os profissionais que cuidam de sua saúde e quais são os serviços de saúde responsáveis por sua referência territorial;
- 3) garantir aos usuários, através das unidades de saúde, acesso a informações gerais sobre saúde, entre elas, os direitos do código dos usuários do SUS e, ainda, que sejam acompanhados, durante seus tratamentos, por pessoas de suas redes sociais (de livre escolha);
- 4) garantir, nas unidades de saúde, educação permanente aos trabalhadores e gestão participativa, incluindo trabalhadores e usuários.



Leitura complementar

No portal do Ministério da Saúde, no endereço < www.saude.gov.br/humanizausus > , você acessa informações sobre as iniciativas mais atuais. Lá, você poderá também selecionar material bibliográfico de seu interesse naquilo em que a PNH atua. Há documentos e publicações em formato de cartilhas sobre os temas relativos às diretrizes e aos dispositivos da PNH.

A partir do que vimos até aqui sobre a PNH, podemos destacar alguns aspectos importantes para buscarmos a humanização da gestão do trabalho em saúde, que listamos a seguir.

- a) Reconhecer que não há dissociação entre os modelos de atenção e de gestão em saúde.
- b) As mudanças nos processos de gestão produzem efeitos na qualidade da atenção à saúde.
- c) As mudanças nos processos de gestão interferem nos processos de trabalho de todos os trabalhadores incluídos no sistema de saúde e, portanto, no produto de seu trabalho — o cuidado à saúde dos usuários do SUS.
- d) Sempre que pensamos em mudanças nos processos de trabalho, devemos lembrar que estão envolvidos trabalhadores, gestores e usuários.
- e) O processo de trabalho em saúde é relacional e, portanto, em sua gestão deverão ser considerados os sujeitos e sua produção subjetiva e intersubjetiva.

A partir desses aspectos destacados, podemos então concordar que o trabalho em saúde é complexo em sua organização, em sua produção e em seus efeitos.



Atividade

1

1

Na biblioteca virtual do curso, você encontrará o **Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS, Cartilha da PNH**. Faça a leitura desse documento e responda às seguintes questões:

- a) O que justifica a proposta de uma Política de Humanização para o SUS?
- b) Quais os princípios e as diretrizes da PNH?
- c) O que você entendeu sobre o método da tríplice inclusão da PNH?

2

Envie suas anotações a(o) tutor(a) por meio da plataforma virtual do curso.

2.3 A gestão participativa e a valorização do trabalhador em saúde.

Quando pensamos sobre a produção do trabalho em saúde, quem o produz e como é produzido, visualizamos processos múltiplos de atos de saúde e de sujeitos que os produzem, ao mesmo tempo em que produzem a si mesmo. Evidencia-se, então, sua dimensão relacional e, portanto, a necessidade do reconhecimento desses sujeitos, das relações que são produzidas, dos afetos e dos desafetos possíveis aí presentes, dos interesses diversos implicados para além e aquém do objetivo central do trabalho em saúde — o cuidado e a atenção às pessoas em resposta a suas necessidades de saúde.

Aqui, destacamos um lembrete importante para todos nós, trabalhadores do SUS: as ações para produzir saúde visam a responder necessidades de saúde de cidadãos. Todos os atos e relações produzidos no SUS deveriam ser norteados por essa finalidade. Lembramos também que necessidades de saúde aqui são concebidas em seu sentido amplo e não apenas demandas assistenciais.



Reflexão

Você considera que responder necessidades de saúde dos cidadãos é único objetivo envolvido no trabalho em saúde? Se você respondeu que sim, continue a leitura do texto. Se sua resposta foi não, responda às seguintes questões: que outros objetivos estão contemplados, direta e indiretamente? Tais objetivos respondem a interesses de quem?

Cada vez mais, percebemos que as relações produzidas no processo de trabalho em saúde são bem complexas. Tal complexidade aumenta quando considerarmos que são subjetivas e singulares, isto é, dizem respeito às características de cada pessoa e de como cada uma se relaciona consigo e com o outro. Elas são também intersubjetivas, ou seja, modificam-se a partir das relações que as pessoas produzem entre si em um determinado coletivo e contexto institucional.

Você deve estar pensando, então, o quanto é mesmo complexo fazer a gestão do trabalho em saúde quando buscamos a humanização! Claro, porque teremos que considerar todos esses aspectos e interesses envolvidos. Não seria apenas gerir o trabalho das pessoas através de medidas de controle e monitoramento, como por exemplo, se as pessoas faltam ou comparecem ao trabalho, se atingem indicadores de produção desejada, se cumprem suas responsabilidades individuais, entre outros. Só isso já é muita responsabilidade e muita trabalhadeira para quem está em função gestora, mesmo que pareça se tratar de processos rotineiros e que nem sempre responde, efetivamente, a problemas do dia-a-dia como a insatisfação do trabalhador, a ineficiência da atenção à saúde nos serviços e a baixa qualidade do cuidado ao usuário, por exemplo.

A PNH reconhece a complexidade das relações implicadas nos processos de gestão, as quais exige iniciativas que vão além das usuais de controle e monitoramento, sobretudo, iniciativas de reconhecimento dos sujeitos e de sua produção subjetiva, do seu protagonismo e de sua autonomia. Para isso, faz-se necessário dar voz e vez aos sujeitos nos processos de gestão.

Talvez você até já tenha compartilhado a opinião de que conter os fluxos subjetivos de um coletivo através de medidas autoritárias e centralizadoras parece ser mais fácil e eficiente para se exercer a gestão. E, talvez, esteja interrogando: como será lidar com várias pessoas falando, cada uma dando sua opinião, contando suas experiências, suas queixas e suas alegrias com o trabalho? Como será ouvir suas iniciativas exitosas e as não exitosas, aprendendo com a experiência do outro e refazendo sua opinião a partir da escuta do outro? Como será rever sua posição e ver que o outro estava certo ou realmente estava errado, que a razão pode estar com qualquer um, independente da hierarquia e que o respeito ao outro também deve estar presente sempre para qualquer um e para todos?

Ora, para dar conta disso será preciso encontrar arranjos possíveis de acolher demandas dos sujeitos que produzem o trabalho em saúde e, ao mesmo tempo, efetivar os objetivos dos atos de saúde em resposta às necessidades de saúde dos cidadãos. Desafio grande! Você estará pensando... E claro que você tem razão. É desafiante sim, tanto quanto é a própria construção do SUS.

Aliás, aqui cabe um lembrete:

A PNH, em suas diretrizes e dispositivos, tenta recuperar análises de várias experiências do SUS consideradas acertadas, um denominado **SUS que dá certo**, ao longo de mais de duas décadas de construção. Sabemos também que esse **SUS que dá certo** é pouco visível em nossa mídia e que tal modelo de gestão preconizado pela PNH não é ainda predominante. Porém, lembremos que a Política de Humanização é uma das estratégias de construir esse novo modo de fazer a gestão e a atenção no SUS, e está afinada com os próprios princípios e diretrizes do SUS. Algumas experiências e discussões, você encontra na Rede Humanizausus no endereço <http://redehumanizausus.net>.

Já vimos que os sujeitos envolvidos no processo de trabalho em saúde são os trabalhadores, os gestores e os usuários. Imagine quantos interesses estão implicados na produção do trabalho em saúde! Ora, se há tantos interesses envolvidos, então, precisamos considerá-los na gestão do trabalho em saúde.

A PNH propõe que sejam promovidas ações que assegurem a participação dos trabalhadores nos processos de discussão e decisão, fortalecendo-os e valorizando sua motivação, seu autodesenvolvimento e seu crescimento profissional.

Além disso, essa política adota a proposta de **gestão participativa**. Para sua efetivação, é fundamental reconhecer gestão e atenção inseparáveis e buscar criar e desenvolver arranjos participativos e inclusivos em todos os espaços do sistema de serviços de saúde, nas unidades assistenciais dos diversos portes (hospitalares, especializadas, de atenção primária, etc.). A partir de cada função desses serviços e do trabalho produzido são articulados gestores, trabalhadores e usuários em colegiados de decisão e de corresponsabilidade.

O protagonismo e a responsabilidade de cada um com as decisões e encaminhamentos definidos no coletivo são fundamentais para o exercício da gestão participativa.

Nesses arranjos e espaços colegiados, espera-se que as decisões e as ações sejam assumidas como responsabilidade coletiva, em que cada sujeito tem que fazer a sua parte, desde a tomada da decisão, sua execução, e sua avaliação. Então, nesse modo de fazer, todos fazem gestão e não apenas um setor, uma pessoa responsável. Claro que há distintos graus e há diferenças de responsabilidades, de competências e de atribuições, mas o processo global de gestão é cogorado, é cogrido e corresponsabilizado, à medida que cada um tem uma parte a fazer. Desse modo, a gestão participativa adota a cogestão produzida por sujeitos e coletivos.

Entre os arranjos que a PNH sugere, destacamos:



Gestão Participativa

A gestão participativa implica, pois, na construção de espaços coletivos em que é feita a análise das informações e a tomada das decisões. São espaços que contemplam a representação da sociedade civil, o usuário e os seus familiares, os trabalhadores e gestores dos serviços de saúde.

Conselho de Gestão Participativa – espaços de gestão colegiada em unidades assistenciais do SUS, compostos por gestores, trabalhadores e usuários com atribuições de: discutir e aprovar o projeto diretor da unidade; ser espaço de negociação entre os segmentos; indicar ações prioritárias e definir investimentos; fiscalizar e avaliar o plano diretor da unidade.

Colegiado Gestor de Hospital, de Distrito Sanitário de Secretaria de Saúde – compostos por coordenadores de áreas e setores, gerentes, diretores, secretários de saúde, e, no caso de hospitais, inclui todos os coordenadores de unidades de produção. As atribuições são: negociar e definir prioridades; definir investimentos; organizar os projetos de várias unidades; criar estratégias para envolver todos os membros e equipes do serviço.

Colegiado Gestor de Unidade de Saúde – na atenção primária, é composto por representantes das equipes, contemplando os níveis superior, médio e básico. Tem como atribuições elaborar o projeto de ação; atuar no processo de trabalho da unidade; acolher e encaminhar demandas dos usuários; criar e avaliar os indicadores; sugerir e elaborar propostas; criar estratégias para envolver todos os membros da equipe.

Mesa de Negociação Permanente – constituída de trabalhadores e gestores para tratar de questões relacionadas ao trabalho em saúde.

Contrato de Gestão – acordos pactuados entre as unidades de saúde e as instâncias hierárquicas de gestão como, por exemplo, unidades de saúde, ambulatórios e hospitais com o distrito sanitário ou o nível central da secretaria de saúde. A pactuação de metas deve ser norteada por: a) ampliação do acesso, qualificação e humanização da atenção; b) valorização dos trabalhadores e implementação de gestão participativa; e c) garantia de sustentabilidade da unidade. Os contratos devem ter acompanhamento e avaliação sistemáticos em comissões constituídas por trabalhadores, gestores e usuários.

Ouvidorias descentralizadas – devem estar presentes em secretarias, distritos sanitários e hospitais, para mediar os interesses entre usuários, trabalhadores e gestores. Deve atuar como um sistema de escuta que acolhe as manifestações de todos os atores envolvidos nos cuidados em saúde. Devem ser organizadas para atender tanto usuários quanto trabalhadores de saúde com mecanismos de retorno e encaminhamentos para os problemas identificados.

Esses são alguns dos arranjos viáveis para fomentar a participação e a co-gestão no SUS, experimentados ao longo desses anos, e incorporados pela PNH. Sabemos, contudo, que o próprio exercício da participação tem potencial inventivo para novos arranjos e para o aperfeiçoamento dos atuais.

Você conhece alguns desses arranjos institucionais que a PNH sugere na perspectiva da Gestão Participativa?



Você deve ter percebido que cada um desses arranjos institucionais busca preservar o caráter participativo e inclusivo dos sujeitos na gestão, de acordo com as características de cada setor e de suas finalidades. Desse modo, pretende-se assegurar as competências de cada um, sem perder eficiência e resolubilidade nos encaminhamentos da gestão, que se quer participativa e democrática. Essa não é uma tarefa fácil: exige esforço, empenho e qualificação de cada um de nós implicados na construção do SUS.



Atividade 2

Participe do Fórum sobre Gestão Participativa no SUS

Em sua experiência como trabalhador/gestor do SUS, que fragilidades e que potencialidades você identifica em coletivos de cogestão do trabalho em saúde? Justifique e discuta seus argumentos.

2.4 O apoio institucional e a educação permanente

Até agora você já percebeu que a PNH opera certo *modo de fazer* que potencializa a construção de coletivos e o fortalecimento de processos coletivos. Trata-se do reconhecimento que o SUS é uma produção coletiva e que há sempre possibilidade de juntar pessoas, formar rodas, aquecer redes, colocar em circulação a palavra e as ações dos sujeitos. Um modo de fazer junto, compartilhando experiências e capacidade inventiva, afetos e responsabilidades dos sujeitos implicados. O apoio institucional e a educação permanente são *modos de fazer* adotados pela PNH que estão nessa perspectiva.

O **apoio institucional** é um método de exercício da gestão, que pretende superar formas tradicionais de se estabelecerem relações e de exercitar as funções gerenciais. Configura-se como um modo interativo, pautado no princípio de que a gerência/gestão acontece numa relação entre sujeitos, e que o acompanhamento/coordenação/condução dos serviços/equipes deve propiciar relações construtivas entre esses sujeitos, que têm saberes, poderes e papéis diferenciados.

A PNH adota o apoio institucional e define que seu

objetivo é prestar apoio a processos de mudança nas organizações, misturando e articulando conceitos e tecnologias advindas da análise institucional e da gestão, entre outros. Ofertar suporte ao movimento de mudança deflagrado por coletivos, buscando fortalecê-los no próprio exercício da produção de novos sujeitos em processos de mudança, se apresenta como a tarefa primordial do apoio. (PASSOS; BENEVIDES, 2006, p. 19.).

Na PNH, o processo de trabalho de coletivos que se organizam para produzir saúde é o objeto de trabalho do apoiador. Dessa forma, o trabalho de apoio irá fortalecer a gestão participativa na medida em que o apoiador se insere em movimentos de coletivos ou estimula a sua criação.

O trabalho do apoiador é auxiliar e ofertar conceitos e tecnologias para a análise da instituição (pôr a instituição em análise), buscando novos modos de operar, funcionar, agir e produzir das organizações, considerando os pressupostos da democracia institucional e da autonomia dos sujeitos. (PASSOS; BENEVIDES, 2006).

Sintetizamos, a seguir, os aspectos destacados por esses autores, quanto ao que significa a função apoio na PNH:

A função apoio se apresenta como dispositivo para ampliar a capacidade de reflexão, entendimento e análise de coletivos, contribuindo para que esses qualifiquem sua capacidade de produzir mais e melhor saúde com os outros. Nesse sentido, as funções do apoiador podem ser apresentadas como:

- O apoiador não é apenas um consultor que palpita sobre o trabalho e diz as mazelas do grupo.
- O apoiador não resume sua ação à assessoria, indicando caminhos a partir de um suposto saber externo que atua sobre o grupo.
- Sem negar os dois pontos anteriores, o apoiador é alguém que penetra no grupo para operar junto com ele em um processo de transformação na própria grupalidade, nos modos de organizar o trabalho e de ofertar ações e estratégias de saúde.
- O trabalho de apoiador é sempre uma “tarefa em ato”, em intervenção.

Em síntese, para a PNH (BRASIL, 2008), o apoiador institucional tem a função de:

- 1) estimular a criação de espaços coletivos, por meio de arranjos ou dispositivos que propiciem a interação entre os sujeitos;
- 2) reconhecer as relações de poder, afeto e circulação de conhecimentos, propiciando a viabilização dos projetos pactuados pelos atores institucionais e sociais;
- 3) mediar, junto ao grupo, a construção de objetivos comuns e a pactuação de compromissos e contratos;
- 4) trazer para o trabalho de coordenação, planejamento e supervisão os processos de qualificação das ações institucionais;
- 5) propiciar que os grupos possam exercer a crítica e, em última instância, que os profissionais de saúde sejam capazes de atuar com base em novos referenciais, contribuindo para melhorar a qualidade da gestão e da atenção no SUS.



Reflexão

Agora que você compreende o apoio institucional como uma das ferramentas de gestão, reflita sobre a possibilidade de implantar esse modo de fazer gestão na sua instituição.

Vamos levar nossas reflexões para o fórum?



Atividade

3

O apoio institucional como ferramenta de gestão.....

Discuta, no fórum, quais as possibilidades de implantação dessa ferramenta na sua instituição, justificando a sua opinião.



Fórum

A **Educação Permanente em Saúde (EPS)** é adotada pela PNH como aprendizagem no trabalho, onde o aprender e ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho.

Como veremos na Unidade III, no SUS, já temos uma política específica de educação permanente em saúde regulamentada pelas Portarias GM/MS 1.996 de 20 de agosto de 2007 e GM/MS 2012 de 14 de setembro de 2011, como também temos um acúmulo de elaborações sobre o tema que superam a noção de aprendizagem no trabalho restrita às demandas de capacitação ou qualificação do trabalhador para acompanhar a atualização do conhecimento técnico no mundo globalizado. Essa noção mercadológica é adotada tanto por instituições e organizações que respondem às especificidades de consumo, no mercado empresarial de produtos e serviços, como por aquelas que têm como finalidade central responder a necessidades e direitos de cidadãos, como é o caso das instituições do SUS.

Na PNH, as noções de EPS buscam superar a lógica capitalista de competitividade no mundo do trabalho e nos aproximarmos das noções que adotam a EPS, na perspectiva de potencializar o papel crítico e libertário da educação na produção de sujeitos e suas práticas, mesmo que reconheça os interesses e competitividade mercadológicos que atravessam todas as organizações.

A EPS configura-se também como ferramenta de gestão ao tomar a análise do trabalho como o objeto central de aprendizagem e de mudanças nos sujeitos, em suas práticas e nas das instituições, visando qualificar a produção de saúde.

O método de operar a educação de sujeitos, implicando na análise crítica dos problemas vivenciados no cotidiano dos serviços de saúde, constitui-se numa ferramenta de gestão, à medida que o processo educativo extrapola o objetivo pedagógico restrito e produz movimentos coletivos nas instituições — de mudanças nas práticas, nos processos de trabalho e nos arranjos de gestão. A EPS, dessa forma, extrapola a dimensão de qualificação técnica de trabalhadores e, sem abandoná-la, articula-se à dimensão política da gestão e torna-se um dispositivo para produção de movimentos de mudanças e de construção de coletivos.

A PNH reconhece que, por meio da EPS, articula-se o ensino, gestão, atenção e participação popular na produção de conhecimento para o desenvolvimento da capacidade pedagógica de problematizar e identificar pontos sensíveis e estratégicos para a produção da integralidade e humanização no SUS.

Como estão os estudos? Está conseguindo compreender o nosso percurso? Bem, no próximo módulo, vamos discutir um tema que está na pauta do Ministério da Saúde desde final da década de 1980 e tem sido reforçado pela política de humanização: a Saúde do Trabalhador.



Resumo

Ao longo deste módulo, você teve a oportunidade de aprofundar seus conhecimentos sobre a humanização na gestão do trabalho, tendo como referência a Política Nacional de Humanização (PNH) que se reveste de um eixo discursivo, propondo um novo modo de fazer a gestão e a atenção no SUS. A temática foi tratada, tendo como base duas diretrizes da PNH, mais diretamente relacionada com a gestão do trabalho: a valorização do trabalho e do trabalhador e a gestão participativa. Também foram discutidas duas estratégias prioritárias dessa política: o apoio institucional e a educação permanente.

Atividade final

Exercite o que você compreendeu:

- a) Retome os casos da Sra. Madalena e do Sr. Francisco, na Unidade I, e tente identificar como os problemas ali referidos podem ser enfrentados considerando a indissociabilidade entre gestão e atenção.
- b) Discuta e envie sua proposta para o tutor. Aproveite o mesmo texto e escreva um item destacando as dificuldades que encontrou para fazer o exercício. Utilize a plataforma virtual para o envio da atividade.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete de Ministro. Portaria no. 1.996 de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 21 ago. 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política de Humanização. **HumanizaSUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília, 2008a.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. **Cartilha da PNH**: gestão participativa e co-gestão. Brasília, 2008b.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. **Cartilha da PNH**: trabalho e redes de saúde: valorização dos trabalhadores de saúde. Brasília, 2008c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

Saúde do trabalhador no contexto do SUS

Módulo

3



3.1 Introdução

A discussão sobre a saúde do trabalhador no contexto do SUS impõe, inicialmente, colocar em pauta a discussão sobre o trabalho em saúde e as condições para sua realização nas instituições de saúde. Questões como, o que é o trabalho no mundo contemporâneo, qual o seu significado, e como ele tem sido desenvolvido já foram discutidas na **Unidade I** deste curso. Portanto, a proposta para este módulo centra-se nas condições do trabalho e em suas implicações para a saúde do trabalhador.

Nesse sentido, se apresenta o seguinte objetivo de aprendizagem:

- Compreender as interfaces saúde do trabalhador, condições de trabalho e gestão do trabalho.

A relevância e pertinência desse objetivo têm como base estudos de alguns autores, como Pache, Passos e Hennington (2009), quando ressaltam que desumanização, a desvalorização e alguns problemas de saúde que atingem os trabalhadores tais como acidentes de trabalho, uso abusivo do álcool e drogas, depressão e outras doenças estão relacionados à gestão e à organização do trabalho.

3.2 Políticas de saúde do trabalhador e condições de trabalho

De acordo com Santos e Lacaz (2011), os Programas de Saúde do Trabalhador (PST) são hoje uma tendência mundial. Os autores destacam a influencia de organismos internacionais como a Organização Internacional do Trabalho (OIT), a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), que preconizavam ações de saúde ocupacional nos serviços públicos de saúde desde a década de 1970.

No Brasil, no final dos anos 1980 iniciam-se debates sobre a criação de centros regionais de saúde do trabalhador que seriam referência para a rede de serviços. Nesse contexto dos anos 1980, Lacaz (1997) enfatiza o papel substancial da Constituição Federal de 1988, precedida pela VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, na continuidade pelas Conferências Nacionais de Saúde do Trabalhador que trouxeram as bases para assistência universal ao trabalhador acompanhada da prevenção, da intervenção nos ambientes de trabalho e da responsabilidade do SUS, frente aos acidentes de trabalho e a outros agravos.

Por outro lado, Vasconcelos e Machado (2011, p. 37) dizem que “o campo da saúde do trabalhador foi acolhido parcialmente pela saúde pública e vive em permanente desafio para o seu desenvolvimento técnico-operacional por dentro das práticas de saúde em geral”.

Nesse sentido, Santos e Lacaz (2011) ressaltam que a criação dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CRST) permitiu avanços setoriais e troca de experiências, mas tem contribuído para manter a área à margem das políticas de saúde do SUS.



Reflexão

Você conhece o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador do seu município ou estado? Como é a atuação desse Centro? Tem alguma articulação com a Coordenação da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde de sua instituição?

Vasconcelos e Machado (2011) dizem que a despeito das várias iniciativas da saúde do trabalhador, ao longo dos anos, pós-promulgação da Lei nº 8.080/90, poucas foram as inovações que podem indicar mudanças substanciais da Política Nacional de Saúde do Trabalhador.

Um dessas inovações pode ser observada pela publicação da Portaria nº 1679 de setembro de 2002 que criou a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), apontada como a principal estratégia do SUS para a promoção da atenção integral à saúde dos trabalhadores.

Segundo Lacaz (1997), a RENAST vem conformando uma nova lógica no campo da saúde do trabalhador, baseada em parcerias intersetoriais entre os serviços de saúde, os serviços das vigilâncias epidemiológica, ambiental e sanitária e os órgãos de atuação nos ambientes de trabalho: Posto de Atendimento ao Trabalhador (PAT), Delegacia Regional do Trabalho (DRT), Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho (Fundacentro), Ministério Público (MP), Instituto Nacional de Previdência Social (INSS), entre outros.

Na perspectiva de fortalecer a política de valorização do trabalhador a Política Nacional de Humanização, vista no **Módulo 2** desta unidade, lança mão de várias diretrizes, destacando-se a valorização do trabalho e do trabalhador em saúde, denotando o reconhecimento da importância do trabalhador, diante das dificuldades no contexto do trabalho, que vêm causando desmotivação, desumanização e comprometimento da saúde.

Na verdade, o que se observa neste breve diálogo com essas iniciativas é que o debate sobre o tema Política de Saúde do Trabalhador ora tem avançado e ora tem recuado, mas vem sempre se mantendo em pauta. O que essa gangorra expressa é o grau de prioridade dada à implantação da política nacional de saúde do trabalhador, nos diferentes contextos políticos.

No campo da produção de conhecimento, estudos têm demonstrado como a precariedade das condições de trabalho, que se expressa através da violação de direitos trabalhistas, da inadequação do ambiente de trabalho e do aumento da demanda e da produção; vem interferindo, sobremaneira, na condição de saúde dos trabalhadores e também no modo de agir, pensar, sentir e fazer ou, nas palavras de Antunes (1999, p. 15), na “subjetividade da classe trabalhadora”.

Na verdade, a existência de condições desencadeadoras de sofrimento, estresse e ansiedade é uma constatação que se faz presente no cotidiano do processo de trabalho em saúde, sendo muito significativo o número de agravos psíquicos entre os trabalhadores de saúde.

Segundo Dejours (1992), a vivência do sofrimento é influenciada por vários fatores, destacando-se a divisão e padronização de tarefas, rigidez hierárquica, excesso de procedimentos burocráticos, centralização das informações, falta de participação nas decisões, não reconhecimento, desestruturação das relações socioafetivas com os colegas, com o público e a pouca perspectiva de crescimento profissional.

Assim sendo, o que desencadeia o sofrimento psíquico na execução de tarefas, gera um bloqueio na relação homem/trabalho, muitas vezes em decorrência das tentativas de adaptação entre a organização e o desejo individual, gerando vivências de desprazer (DEJOURS, 1992).

Tendo como base a abordagem psicodinâmica do trabalho, Mendes (1995) define vivências de sofrimento como a manifestação de sensações de desgaste, cansaço e descontentamento com o trabalho, e vivências de prazer como as que são expressas a partir da valorização e do reconhecimento do trabalho através da aceitação e da liberdade de expressão, permitindo ao trabalhador o uso do seu poder criativo e inventivo para adequações às condições adversas na organização do trabalho.

Na percepção de Rollo (2007), vários fatores vêm contribuindo para afetar a saúde dos trabalhadores no SUS, tais como: desproporção entre demanda e a capacidade de oferta de serviços, falta de trabalho em equipe, desconhecimento quanto aos resultados do trabalho, gestão autoritária ou omissa e a inexistência de espaço de conversa e enfrentamento dos problemas que surgem no dia a dia.

Em decorrência desses fatos, é muito presente o sofrimento mental e físico nos trabalhadores de saúde, caracterizados pela sensação de incompetência, sentimento de culpa, diminuição da autoestima, agressividade, manifestações psicossomáticas e doenças que influenciam a qualidade e efetividade das ações desenvolvidas no trabalho (ROLLO, 2007).

Por outro lado, Merlo (2011) evidencia que as mudanças na configuração do trabalho vêm também influenciando as condições físicas dos trabalhadores da saúde no Brasil com o aparecimento de novos agravos, destacando-se a lesão por

esforço repetitivo (LER), os distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT), os distúrbios mentais e de comportamento, a dorsalgia e a depressão.

A incorporação do tema da saúde do trabalhador pelo SUS reconhece, nos ambientes e processos de trabalho, as condições que afetam a saúde “de quem trabalha”, influenciando na susceptibilidade aos riscos de adoecimento.

Vamos parar um pouco a leitura e fazer uma atividade prática?



Atividade

1

1

Selecione um setor da sua instituição (pode ser o nível central, uma unidade básica, um hospital ou outro que lhe for mais acessível).

2

Identifique os motivos de afastamentos, absenteísmo ou justificativas de atrasos e identifique quantos deles estão relacionados a motivos de saúde.

3

Faça um quadro síntese que expresse um diagnóstico da situação encontrada e reflita se as condições de trabalho podem ser consideradas causas desses afastamentos e/ou absenteísmo.

Para apoiar a sua reflexão, leia o texto “**Saúde e Trabalho: Direitos do Trabalhador da Saúde**”, postado na biblioteca virtual.

Atenção: Encaminhe o quadro e suas reflexões para o seu tutor. Lembre que as atividades devem ser sempre encaminhadas pela plataforma virtual do curso.

3.3 Protocolo 08/2011 – Política Nacional de Saúde do Trabalhador

O módulo seguinte aborda o tema da negociação como uma metodologia de gestão do trabalho. Nele, você terá a oportunidade de conhecer os protocolos instituídos pela Mesa de Negociação Permanente do Sistema Único de Saúde, entre eles o Protocolo nº 08/2011, que institui as diretrizes da Política Nacional de Promoção de Saúde do Trabalhador do SUS.

Mas, o que preconiza esse protocolo? Como ele vincula a política de saúde do trabalhador à gestão do trabalho e da educação na saúde, quais são os princípios definidos como pilares da política nacional de saúde do trabalhador?

Vamos conhecer um pouco mais sobre esse protocolo?

Para isso, leia o Protocolo nº08/2011 da Mesa de Negociação Nacional de Negociação Permanente do SUS, postado na biblioteca virtual do curso e, tomando como base sua leitura, responda às questões a seguir.

Atenção: Encaminhe suas respostas para o seu tutor. Como sempre, utilize o ambiente virtual do curso.

- a) O que justifica a necessidade de criação de um Protocolo com as Diretrizes da Política Nacional de Promoção de Saúde do Trabalhador do SUS?
- b) Quais são as dificuldades que você identifica na sua instituição para que seja implantado o processo de avaliação e monitoramento da execução da Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do SUS?



Resumo

Ao longo desse módulo, você teve a oportunidade de conhecer algumas das iniciativas fundamentais para a concretização da política de saúde do trabalhador. Além disso, você refletiu sobre os efeitos das condições de trabalho na saúde do trabalhador. Você também estudou o protocolo que institui as diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do Sistema Único de Saúde e seu entrelaçamento com iniciativas que constituem a política da gestão do trabalho e da educação na saúde.

Atividade final

- 1** Tendo como base: sua leitura do Protocolo, a leitura do texto “**Saúde e Trabalho: direitos do trabalhador da saúde**” e as suas repostas para a Atividade 1 deste módulo, apresente uma proposta para articular as ações do Programa de Saúde do Trabalhador com as ações da Coordenação da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde de sua instituição.
- 2** Sugerimos que você discuta com a sua equipe do trabalho. Se assim o fizer, o trabalho para o curso terá um sentido prático para a sua instituição.

No próximo módulo, vamos discutir um tema que está na pauta do Ministério da Saúde desde o final da década de 1990 e que tem sido reforçado pela política de humanização: A Negociação Permanente do Trabalho, também de grande importância para a valorização do trabalho e do trabalhador, traz consequências para a sua saúde.

Sucesso!

Referências

ANTUNES, R. **Adeus ao trabalho?**: ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 6. ed. São Paulo: Cortez; Campinas: Unicamp, 1999.

DEJOURS, C. **A Loucura do trabalho**: estudos de psicopatologia do trabalho.

Tradução A. I. Paraguay e L. L. Ferreira. 5. ed. São Paulo: Cortez-Oboré, 1992

DUSSAULT, G. A gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 8-19, abr./jun. 1992.

LACAZ, F. A. C. Saúde dos trabalhadores: cenários e desafios. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, p. 7-19, 1997. Suplemento 2. Disponível em: < <http://www.scielo> > . Acesso em: 11 jun. 2012.

MERLO, A. R. C. O trabalho e a saúde mental no Brasil: caminhos para novos conhecimentos e novos instrumentos de intervenção. In: MINAYO, G. C.; MA-

CHADO, J. M. H.; PENA, P. G. L. (Org.). **Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 369-383.

PASCHE, D. F.; PASSOS, E.; HENNINGTON, E. Cinco anos da política nacional de humanização (PNH): a cogestão em ato. **Interface**: comunicação, saúde, educação. São Paulo, v. 13, p.627-640, 2009. Suplemento 1.

ROLLO, A. A. É possível valorizar o trabalho na saúde num mundo “globalizado”? In: SANTOS-FILHO, S. B; BARROS, M. E. B de (Org.). **Trabalhador da saúde, muitoprazer!**: protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Ijuí: Unijuí, 2007. p. 19-60.

SANTOS, Ana Paula Lopes dos; LACAZ, Francisco Antonio de Castro. Saúde do Trabalhador no SUS: contexto, estratégia e desafio. In: GOMES, Carlos Minayo; MACHADO, Jorge Mesquita Huet; Pena, Paulo Gilvane Lopes (Org.). **Saúde do Trabalhador na Sociedade Brasileira Contemporânea**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. p. 87-105.

VASCONCELOS, Luis Carlos Fadel; MACHADO, José Mesquita Huet. Política Nacional de Saúde do Trabalhador: ampliação do objeto em direção a uma política de Estado. In: GOMES, Carlos Minayo; MACHADO, Jorge Mesquita Huet; PENA, Paulo Gilvane Lopes (Org.). **Saúde do Trabalhador na Sociedade Brasileira Contemporânea**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. p. 37-65.

Anotações

Negociação como metodologia de gestão do trabalho

Módulo

4



4.1 Introdução

Sobre o que estamos falando quando nos referimos à Negociação do Trabalho no SUS? Estamos falando de uma estratégia de gestão do trabalho? De uma ferramenta viável para o SUS? Quais são as suas implicações jurídico-legais, administrativas e institucionais? Quais são as vantagens e desvantagens de sua utilização no âmbito dos serviços de saúde?

Essas são algumas das questões que serão discutidas neste módulo, cujos objetivos de aprendizagem são:

- Compreender a negociação como uma metodologia de gestão do trabalho para solução de conflitos e pactuação de acordos.
- Elaborar proposta de implantação de Mesa de Negociação do Trabalho para a sua instituição.

4.2 O que é mesmo Negociação?

Para Garcia e Ferreira (2008, p.22), a negociação “se estabelece na discussão entre pessoas, grupos ou instituições, em que se busca o acordo entre as partes por meio de colocação de novas ideias, de pontos de vistas, de razões, relacionados com os objetivos de cada parte, e está presente na maioria dos ambientes em que ocorrem relações humanas”.

Zajdsznajder (1988, p. 5) complementa dizendo que a negociação “apresenta-se como uma interação verbal, em que as partes principalmente propõem, contrapõem e argumentam”. Todavia, continua o autor, não se resumem a fazer apenas isto, “podem também protestar, ameaçar, prometer, etc. A realização de todas essas interações tem por objetivo a obtenção de um resultado, que é o **Acordo**”.

Braga Junior e Braga (1998) destacam que a negociação coletiva é um instrumento para intervir no campo da resolução de conflitos de interesse.

Nesse sentido, Garcia e Ferreira (2008) sinalizam para a negociação como um instrumento de gestão que pode, nas relações institucionais, significar um meio de compartilhar decisões e de privilegiar o pensar e o fazer coletivos.



Acordo

Proposição prática que recebe o assentimento de todas as partes envolvidas.

Por fim, Negociação é um ato político destinado a gerar viabilidade mediante acordos duradouros e respeitados entre atores sociais que têm interesses, poder e recursos para enfrentar situações que os afetam mutuamente através de participação corresponsável e equânime (SANTANA, 1997).

Tendo como ponto de partida os autores citados, vamos provocar mais um momento de reflexão, a exemplo de outros momentos que exercitamos desde a primeira Unidade deste curso.



Reflexão

Na sua instituição, existem espaços para negociação dos conflitos inerentes à gestão do trabalho?

Caso você não conheça, procure identificar esses espaços na instituição e certifique se eles são permanentes ou existem apenas quando se instala o confronto.

4.3 A arte de negociar conflitos

A análise do **processo de trabalho em saúde** revela que ele possui algumas particularidades que determinam situações nem sempre favoráveis e nem sempre saudáveis ao trabalhador. Essas situações são determinadas por algumas condições de trabalho que se relacionam a vários fatores. Uma parte deles está agrupada na literatura como riscos ocupacionais – físicos, químicos, biológicos, mecânicos e psicológicos. Na área dos riscos psicológicos, estão as relações de trabalho, que nem sempre são avaliadas como saudáveis.

Além disso, ressalta-se a expectativa pessoal que cada trabalhador tem quanto à sua recompensa salarial que, em linhas gerais, necessita ser suficiente para suas despesas, compatível com o seu nível de formação educacional e ainda adequada às características do seu trabalho, no que diz respeito às tecnologias, carga de trabalho e tempo de dedicação ao trabalho (jornada de trabalho).

Dessa forma, os conflitos podem se estabelecer em três níveis:

- entre “eu” e os “outros” – na medida em que o trabalho em saúde é iminentemente um trabalho coletivo;
- na relação entre “eu” e o “meu chefe” – na medida em que o trabalho em saúde é essencialmente um trabalho que resulta da divisão técnica do trabalho;

- entre “eu” e “minha instituição” – na medida em que o trabalho no SUS é essencialmente uma forma de trabalho assalariado.



Saiba mais

Para Braga (1998, p.90), o conflito deve ser reconhecido “como uma particularidade das interações nas relações do trabalho”, isto significa que ele não deve ser considerado “uma disfunção, uma patologia que deva ser reprimida e eliminada”. Para o autor, o conflito deve ser considerado algo qualitativamente bom, “pois é também através dele que surgem as mudanças e as melhorias do processo produtivo”. Segundo Braga, o conflito “não é uma patologia, é vitalidade”.

De acordo com Braga (1998), os conflitos podem ser:

- **Conflitos organizados:** traduzem as insatisfações em objetivos reivindicáveis e negociáveis.
- **Conflitos não organizados:** não resultam, necessariamente, em reivindicação. Manifestam-se em forma de alta rotatividade, absenteísmo, indisciplina e outras formas que muitas vezes são tratadas como desmotivação, desinteresse e descompromisso.

Os conflitos costumam contribuir para a ineficiência, ineficácia, baixa produtividade e má qualidade dos serviços. Esses sintomas costumam provocar frustração nos servidores e insatisfação nos usuários. Portanto, é imprescindível que a gestão tome a iniciativa de não escondê-los, compreendendo que eles são inerentes ao processo de trabalho coletivo. Ou seja, reconhecer o conflito como uma particularidade das relações de trabalho significa dizer que ele não deve ser considerado como algo a ser reprimido ou eliminado, pode ser, inclusive, considerado como um gerador de oportunidades.

Assim, o gestor deve reconhecer o conflito como um elemento integrante da vida da instituição, seja ele organizado ou não. Nessa perspectiva, é oportuno reconhecer que as crises também podem provocar mudanças positivas e melhorias no processo produtivo. O desafio consiste em maximizar os efeitos construtivos e minimizar os efeitos destrutivos.

Ora, então estamos dizendo que os conflitos podem ter como consequências efeitos destrutivos e construtivos? Exatamente isso.

Você já pensou em como isso ocorre na sua instituição? Faça uma pausa e reflita sobre isso.



É importante ressaltar que, para alcançar uma solução eficiente e eficaz que atenda a todas as partes envolvidas em uma situação conflituosa, se faz necessário que os gestores e trabalhadores possuam tato e sensibilidade — embora isso nem sempre seja o suficiente — e garantir espaços institucionais onde as pessoas possam trocar opiniões sobre a situação e, conseqüentemente, ampliar as possibilidades de resolução. As mesas de negociação do trabalho constituem um desses espaços, como veremos mais adiante.

Nessa discussão sobre conflitos institucionais, o que está em pauta são os diferentes interesses dos vários atores que permeiam o cenário das instituições de saúde. Nesse sentido, Dau (2008, p. 140) afirma que em sendo a saúde um setor essencial das políticas sociais, o tripé de pleitos — reivindicações trabalhistas, da administração dos serviços e dos seus usuários — necessita ser tratado conjuntamente, de modo que cada um desses atores possa defender seus posicionamentos centrados no objetivo comum a todos: **qualidade da atenção à saúde**. A discussão posta pela autora ressalta um ponto muito importante: o direito do usuário. O que queremos chamar a atenção é que os interesses da administração e dos trabalhadores não devem sobrepujar os interesses do usuário dos serviços de saúde.

Todavia, não é isso que é visto com frequência nas instituições de saúde, não é? Muitas vezes, os interesses corporativos de uma categoria profissional vão de encontro aos interesses dos usuários do SUS. Outras vezes, os interesses dos gestores, até na tentativa de atender às necessidades dos usuários, passam por cima de direitos dos trabalhadores. Assim, os conflitos entre esses atores não são raros!

Vamos exercitar um pouco? A próxima atividade tem o objetivo de revelar e visualizar os dois últimos conflitos vivenciados pela sua instituição.



Qualidade da atenção à saúde

Lembre-se da discussão do módulo anterior referente à indissociabilidade entre Gestão e Atenção.



Atividade

1

- 1 Identifique duas situações de conflito ocorridas mais recentemente, em sua instituição, que tenham envolvido gestores e trabalhadores.
- 2 Preencha o quadro a seguir, identificando: o motivo do conflito, os atores envolvidos, os diferentes interesses em jogo, soluções encontradas e decisões pactuadas.

O quadro deve ser enviado para o seu tutor, por meio do ambiente virtual.

Motivo do conflito	Atores envolvidos	Interesses em jogo (do trabalhador, do gestor e do usuário)	Soluções encontradas	Decisões pactuadas

Nunca será demais ressaltar que o gestor do trabalho convive com diversos e complexos problemas que exigem o comprometimento de vários atores para a sua superação. A busca desse comprometimento exige habilidades de articulação, de exercer autoridade e de promover consenso entre as partes.

Na gestão do trabalho, existem diversas estratégias que podem ser utilizadas para a resolução de conflitos, entre elas, a Mesa de Negociação do Trabalho.¹



Leitura complementar

Hora da videoaula

Para ampliar seu conhecimento sobre a negociação como metodologia de gestão do trabalho, assista à videoaula com a diretora do Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do MS.

¹Para saber mais sobre o assunto, leia a dissertação intitulada “O desafio do diálogo: SUS e relações de trabalho no serviço público (avanços e limites da Mesa Nacional de Negociação Permanente do Sistema Único de Saúde)” da autora Denise Motta Dau.

Depois de assistir à aula da professora Denise Motta Dau, convidamos você para discutir um caso hipotético e analisar a atuação do gestor na arte da negociação.

Caso:² A Negociação como estratégia de gestão

A cidade de Bela Vista, localizada na Região Sudeste do país, passava, há alguns meses, a situação mais delicada dos últimos 10 anos de existência do Hospital Coração de Menino Jesus. O citado hospital, com 500 leitos, ambulatório com atendimento nos dois turnos e emergência funcionando 24 horas, apresentava baixíssimos indicadores de produção e de qualidade. Os funcionários desmotivados ensaiavam um processo de paralisação das atividades.

O diretor, recém-empossado pelo secretário de saúde, recebeu a incumbência de impedir a instalação de qualquer movimento que paralisasse as atividades do hospital, mesmo que fosse necessário demitir e contratar novos funcionários. O novo diretor buscou tomar conhecimento da situação e quis testar novas estratégias de gestão do trabalho. Para isso, convocou as chefias do hospital para discutir alternativas e possibilidades de intervenção. Após alguns dias de discussão, foram adotadas as seguintes estratégias:

Medida Número 1 – Estabelecer um processo de negociação com as representações dos funcionários, com o objetivo inicial de: definir horários de funcionamento do hospital, compartilhando os interesses da maioria dos trabalhadores, desde que fosse garantido o atendimento à população em três turnos no ambulatório, 24 horas na emergência e pleno atendimento às necessidades dos internados nos dias úteis e nos finais de semana.

Em contrapartida, a direção comprometia-se a rever o quadro de funcionários para o equacionamento das reais necessidades de pessoal, estabelecer rodízios para finais de semana e encaminhar para a Secretaria de Saúde propostas de aumento do salário-base, auxílio creche, autorizar a alimentação no hospital para os plantonistas e diaristas, assim como melhorar o fluxo de suprimento de equipamentos e insumos.

As decisões foram negociadas e registradas em documento interno, tendo como signatários os representantes das categorias, o diretor e as chefias intermediárias. Foi acordada também a suspensão temporária do processo de paralisação e manutenção da negociação permanente.

² Adaptado do livro Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos de Saúde – CADRHU. 1999. Edufn.

Medida Número 2 – Estabelecer mecanismo de incentivo à produtividade (para serem encaminhadas durante o período de negociação) e o estabelecimento das seguintes metas a serem alcançadas:

dobrar o número de atendimento ambulatorial, diminuindo a demanda reprimida;

- reduzir o atendimento de emergência (percentual acordado);
- reduzir o número de cesarianas (percentual acordado);
- reduzir a taxa de infecção hospitalar;
- reduzir o tempo médio de permanência hospitalar de 18 para 7 dias;
- aumentar a taxa de ocupação dos leitos;
- Implantar sistema informatizado para a produção hospitalar e ambulatorial.

Foi estabelecido que um percentual do valor faturado pelo hospital seria repassado aos trabalhadores sob a forma de gratificação por produtividade, desde que atingidas as metas propostas. Foram definidos e acordados os procedimentos para o repasse.

A proposta foi discutida e aprovada na reunião de negociação, sendo adotados os mesmos procedimentos referidos na Medida Número 1.

Medida Número 3 – Cada chefia reuniu sua equipe com o objetivo de definir as atividades prioritárias, discutindo com o grupo sobre suas possibilidades e as dificuldades para executá-las.

Foi definida a realização de reunião semanal para avaliar o alcance dos objetivos e os problemas vivenciados. Nesta oportunidade seria discutida também a contribuição de cada subgrupo para a obtenção da pontuação máxima das metas traçadas.

4.4 Mesa de Negociação Permanente do Trabalho

O que é uma Mesa de Negociação Permanente?



Na administração pública, a prática da negociação coletiva conquistou, nos últimos anos, no setor público de saúde, um espaço “privilegiado” que são as Mesas de Negociação Permanente. Compreendido como uma estratégia de gestão do trabalho na saúde, os espaços das Mesas se apresentam como inovadores, uma vez que viabilizam a comunicação entre os trabalhadores e gestores. Santana (2001) ressalta que a adoção do processo permanente de negociação coletiva do trabalho nos serviços de saúde deve ter como base o estabelecimento de procedimentos que possibilitem o exercício da administração pública participativa não como um fim em si mesmo, mas como estratégia de melhor servir ao povo.

No ano de 1993, o Conselho Nacional de Saúde, por meio da Resolução n. 52, instituiu a **Mesa Nacional de Negociação**. Após algumas reuniões esporádicas, os trabalhos da Mesa foram interrompidos. Em 04 de junho de 2003, a Mesa foi reinstalada pela terceira vez, desta vez com uma nova composição, contando com a participação do setor privado, e nova denominação: Mesa Nacional de Negociação Permanente do Sistema Único de Saúde (MNNP-SUS).

Para o Ministério da Saúde, a criação da Mesa Permanente insere-se em um contexto de democratização das relações de trabalho, nas quais a participação do trabalhador é entendida como fundamental para o exercício dos direitos de cidadania, visando à melhoria da qualidade dos serviços de saúde e o fortalecimento do SUS.

A MNNP-SUS é um fórum paritário e permanente que reúne gestores públicos, gestores de serviços privados conveniados ou contratados do SUS e entidades sindicais nacionais representativas de trabalhadores a fim de tratar dos conflitos inerentes às relações de trabalho. Ela apoia-se nos seguintes princípios e garantias constitucionais:

- legalidade: faz-se necessário o escopo da lei para dar guarida às ações do administrador público;
- moralidade: se exige probidade administrativa;
- impessoalidade, finalidade ou indisponibilidade do interesse público: permitem tão somente a prática de atos que visem o interesse público, de acordo com os fins previstos em lei;
- qualidade dos serviços: incumbe à gestão administrativa pública a observância do preceito constitucional da eficiência, o qual inclui, além da obediência à lei, a resolutividade, o profissionalismo e a adequação técnica do exercício funcional na prestação dos serviços de interesse público;
- participação: fundamenta o Estado Democrático de Direito e assegura a participação e o controle da sociedade sobre os atos de gestão do governo;
- publicidade: assegura a transparência e o acesso às informações referentes à Administração Pública;
- liberdade sindical: reconhece aos sindicatos a legitimidade da defesa dos interesses e direitos individuais e coletivos da categoria e da explicitação dos conflitos decorrentes das relações funcionais e de trabalho na administração pública, assegurando a livre organização sindical e o direito de greve aos servidores públicos, nos termos da Constituição da República Federativa do Brasil.

Cabe ao Ministério da Saúde garantir o aporte institucional que permita viabilizar as discussões promovidas pela MNNP-SUS.

Quanto à estruturação funcional, a MNNP-SUS se estrutura de forma vertical e horizontal. A estrutura vertical da MNNP-SUS diz respeito a sua articulação com as Mesas estaduais e municipais, constituindo o Sistema Nacional de Negociação Permanente do SUS. Já a sua estrutura horizontal trata de sua constituição por Grupos de Trabalho e ou Comissões Temáticas de interesse comum.

Além disso, a Mesa nacional negocia e pactua protocolos nacionais com diretrizes gerais sobre as relações de trabalho no SUS.

E o que são protocolos?

Vejam algumas das perguntas mais frequentes sobre este tema.

4.5 O que são Protocolos da Mesa de Negociação?³



Protocolos são documentos que formalizam as decisões pactuadas nas Mesas de Negociação, registrando expressamente, tudo aquilo que as partes acordaram.

Todas as decisões da Mesa têm que assumir a forma de Protocolo?

Não. Apenas as decisões mais relevantes e complexas são transformadas em Protocolos. As decisões mais simples devem ser registradas, detalhadamente, em Atas de reuniões.

O Protocolo pode ter seu cumprimento exigido judicialmente?

Não. Em face da ausência de regulamentação legislativa, os Protocolos não podem ter o seu cumprimento exigido judicialmente.

Que força têm esses documentos?

Ao instituírem as Mesas, as partes assumem o compromisso de cumprirem integralmente as decisões acordadas, de acordo com as regras pactuadas previamente. Assim, o Protocolo é considerado com força-lei pelos seus signatários.

Que consequência tem o descumprimento de um Protocolo?

O descumprimento do Protocolo provoca o rompimento da própria Mesa, conforme previsto no Regimento da Mesa Nacional, que serve de referência e paradigma para o funcionamento de todas as Mesas que integram o Sistema Nacional de Negociação Permanente do SUS (SiNNP-SUS).

³Perguntas transcritas do Guia para Elaboração de Protocolos das Mesas de Negociação do SiNNP-SUS. Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS.

Quais são os protocolos já estabelecidos?

Atualmente, temos os seguintes Protocolos estabelecidos pela Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS.

- **Protocolo nº 001/2003** – Regimento Institucional da Mesa Nacional de Negociação Permanente do Sistema Único de Saúde – MNNP-SUS.
- **Protocolo nº 002/003** – Instalação das Mesas Estaduais e Municipais de Negociação Permanente do SUS.
- **Protocolo nº 003/2005** – Dispõe sobre a criação do Sistema Nacional de Negociação Permanente do SUS (SiNNP-SUS).
- **Protocolo nº 004/2005** – Aprova o Processo Educativo em Negociação do Trabalho no SUS e institui diretrizes para sua execução.
- **Protocolo nº 005/2006** – Dispõe sobre orientações, diretrizes e critérios para perfeição de procedimentos de cessão de pessoal no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.
- **Protocolo nº 006/2006** – Aprova as “Diretrizes Nacionais para a instituição de Planos de Carreira, Cargos e Salários no âmbito do Sistema Único de Saúde – PCCS- SUS”.
- **Protocolo nº 007/2007** – Dispõe sobre a implementação da Política de Desprecarização do Trabalho no SUS junto às Mesas e Mecanismos de Negociação no SUS.
- **Protocolo nº 008/2011** – Institui as diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do Sistema Único de Saúde – SUS.

Diante do discutido até o momento, espera-se que você tenha compreendido que as Mesas de Negociação Permanente (federal, estadual ou municipal) devem ser compreendidas como arranjos institucionais formais e potenciais para tratar das relações de trabalho no SUS.



Leitura complementar

Hora da videoaula

Você irá assistir a mais uma videoaula. Desta vez, com a coordenadora da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS. Nossa convidada irá apresentar um pouco da sua experiência na coordenação da mesa nacional, realçando informações sobre o seu funcionamento, composição atual, regularidade das reuniões, como se dá o processo de pactuação e quais os principais problemas enfrentados pela Mesa.

Depois de assistir à videoaula, a sua próxima tarefa é investigar e revelar a existência, ou não, desses espaços de negociação na sua instituição. Nessa perspectiva, o convidamos para realizar a **Atividade 2**.



Atividade

2

- 1** Procure saber se na sua instituição existe Mesa de negociação do trabalho instalada e responda às seguintes questões:
 - a) Quando e como se deu a sua instalação?
 - b) Qual a sua composição?
 - c) Qual a sua vinculação institucional?
 - d) Como tem sido sua atuação?
 - e) Quais foram os assuntos pautados nos últimos seis meses?

- 2** Caso ainda não exista mesa instalada na sua instituição, responda:
 - a) Por que não existe?
 - b) Seria possível e oportuno pensar na possibilidade de instalação?
 - c) Quais seriam os aspectos favoráveis e os desfavoráveis?

Atenção: Envie a atividade concluída para o seu tutor, no entanto, lembre-se de que ele também estará disponível para retirar suas dúvidas durante a realização da atividade.

O nosso convite agora é para a leitura do texto **Metodologia de Negociação Coletiva do Trabalho em Saúde**, postado na biblioteca virtual.

Esse texto discute, como o título revela, uma metodologia de negociação do trabalho; para tanto, ele foi organizado em 4 partes.

Na parte um, ele apresenta uma reflexão do por que a negociação coletiva é importante para a área da saúde; na parte dois, ele analisa as vantagens de se adotar a negociação como uma metodologia de gestão; na parte 3, ele apresenta um roteiro para implantação dessa metodologia de gestão; e, finalmente, na parte 4, ele faz um levantamento de dúvidas mais comuns sobre o tema, na forma de perguntas e respostas.

Como você pode observar, o texto indicado poderá lhe ajudar a implantar processos de negociação na sua instituição ou melhorar os já existentes. Nesse sentido, orientamos a realização da Atividade 3 da seguinte maneira:



Atividade

3

Leia o texto **Metodologia de Negociação Coletiva do Trabalho em Saúde**, formulando conclusões compartilhadas com os colegas de trabalho ou de curso sobre as seguintes questões:

- a) Como se constitui uma mesa de negociação e quais são os princípios e regras de funcionamento?
- b) Quais passos não devem ser considerados na implantação de uma mesa de negociação?
- c) Quem são os atores imprescindíveis que devem fazer parte da composição da mesa de negociação permanente do trabalho?
- d) Quais as vantagens de negociação coletiva em relação a outras modalidades de administração das relações de trabalho?
- e) Por que a negociação coletiva é importante para a área da saúde?

Depois da leitura, seguramente, você aprendeu muito sobre o processo de implantação de mesas de negociação como metodologia de gestão. Agora, o convite é para você fazer uma proposta de implantação de mesa para a sua instituição ou melhorar a existente, se for o caso.



Prêmio InovaSUS

O Prêmio InovaSUS é uma iniciativa do Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde. O resultado do prêmio está publicado no DOU de 22/12/2011.



Saiba mais

Se desejar conhecer mais sobre o tema, orientamos a leitura da revista Divulgação em Saúde para o Debate, nº 47, postada na biblioteca virtual.

Orientamos também que vocês acessem algumas experiências exitosas realizadas no país, a exemplo da experiência que ganhou o **Prêmio InovaSUS**, para valorização das boas práticas e inovação na gestão do trabalho.

Neste módulo, você percorreu caminhos de ensino e aprendizagem que lhe possibilitaram conhecer a concepção de alguns autores sobre a arte da negociação, compreender a negociação como uma modalidade de gestão do trabalho para solução de conflitos e pactuação de acordos. Além disso, você compreendeu os princípios, diretrizes e funcionamento da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS. Por fim, você elaborou a proposta de implantação de Mesa de Negociação do Trabalho para a sua instituição.

Atividade final

- 1 Considerando o que foi discutido ao longo deste módulo, elabore um plano para a implantação de Mesa de Negociação Permanente de Trabalho para sua instituição.
- 2 Caso já exista Mesa implantada, descreva a sua composição e características e elabore propostas para melhoria deste espaço de negociação.

Atenção: Discuta a atividade final com a sua equipe de trabalho de forma que esta possa ser uma oportunidade do seu curso contribuir para o seu serviço. Esta é a atividade final deste módulo, faça com afinco e a encaminhe para o seu tutor, por meio do ambiente virtual do curso.

Chegamos ao final de mais um módulo. No próximo, continuaremos estudando outras ferramentas de gestão do trabalho, algumas bem conhecidas, contudo não necessariamente mais utilizadas.

Preparados para a próxima etapa? Vamos seguir em frente? Não desanimem! Estimulem os colegas e vamos insistir na perspectiva de que podemos melhorar a atuação da área de gestão do trabalho e da educação das nossas instituições. Para isso, precisamos ser bem qualificados, não é mesmo? Verdadeiros Especialistas! Então, sigamos para o próximo módulo com este sentimento.

Referências

BRAGA JUNIOR, David; BRAGA, Douglas Gerson. Metodologia de Negociação Coletiva do Trabalho em Saúde. In: CASTRO, Janete Lima de; SANTANA, José Paranaguá de (Org.). **Negociação Coletiva do Trabalho em Saúde**. Brasília: OPAS/OMS; Natal: UFRN/NESC, 1998. p. 91-125.

BRAGA, Douglas Gerson. **Conflitos, eficiência e democracia na gestão pública**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998.

DAU, D. M. Interesses envolvidos na negociação do trabalho no SUS. In: BRAGA, Douglas Gerson et al (Org.). **Curso de Negociação do Trabalho no SUS**: Caderno de Textos. FIOCRUZ/ENSP. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2008. p. 139-144.

GARCIA, Maysa; FERREIRA, Duvanier, Paiva. De que estamos falando? Introdução ao tema da negociação coletiva. In: BRAGA, Douglas Gerson et al (Org.). **Curso de Negociação do Trabalho no SUS**: cadernos de textos. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2008.

SANTANA, José Paranaguá de (Org.). **Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 1997.

SANTANA, José Paranaguá de (Org.). A Gestão do Trabalho nos Estabelecimentos de Saúde: elementos para uma proposta. In: CASTRO, Janete Lima de; SANTOS NETO, Pedro Miguel dos; BELISÁRIO, Soraya Almeida. **Gestão Municipal de Saúde**: textos básicos. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2001.

ZAJDSZNAJDER, Luciano. **Teoria e Prática da Negociação**. Rio Janeiro: José Olympio, 1988. (Coleção Gerência e Administração).

Instrumentos da gestão do trabalho

Módulo

5



5.1 Introdução

Neste módulo, nosso convite atual para você, estudante/gestor: rever algumas das práticas e instrumentos utilizados na gestão do trabalho e procurar reinventá-los, considerando que o cenário do futuro não pode prescindir de palavras como descentralização, participação, criatividade, conhecimento, e divisão de responsabilidade. Um cenário em que o homem não pode e não deve ser tratado “como mero coadjuvante de um espetáculo maior, e cujos resultados devem ser potencializados, apenas a serviço da organização” (SOUZA et al, 2010, p. 56).

Souza et al (2010) diz que a lógica organizacional subjacente aos modelos e práticas atuais para o gerenciamento das pessoas exige que os processos de **competências** em resultados se inicie desde o recrutamento e se estenda até os mecanismos de retenção e de valorização de pessoal. Nessa perspectiva, o presente módulo tem como objetivos de aprendizagem:

- 1) Examinar o sistema de gestão do trabalho em saúde na administração pública, identificando suas características jurídico-normativas e institucionais.
- 2) Analisar os mecanismos e instrumentos de gestão do trabalho mais utilizados nas instituições de saúde.



Competência

De acordo com Rocha Pinto (2007), nas organizações, a palavra competência está relacionada à pessoa — seus conhecimentos, habilidades e atitudes — e à tarefa, associada a resultados.

5.2 Aspectos iniciais

Vários são os fatores apontados como determinantes para o baixo desempenho do setor público. A este respeito, Sá, (2001 apud SOUZA et al (2010, p. 20) diz que:

as organizações públicas de saúde vivem uma crise que não é o resultado apenas das políticas de sucateamento e da conseqüente insuficiência de recursos, mas de um complexo processo de desqualificação da assistência que combina omissão, falta de ética, baixa responsabilidade institucional, descompromisso com a relação aos processos organizacionais, falta de solidariedade e apatia com relação à dor e ao sofrimento alheios.

Juntemos a esses fatores a desmotivação, devido aos baixos salários ou às más condições de trabalho, a dificuldade de fixar profissionais em áreas remotas e o despreparo dos gerentes para conduzir os grupos rumo à consecução dos objetivos organizacionais e teremos um quadro bastante desafiador para aqueles que labutam no complexo campo da gestão do trabalho em saúde. O grande desafio consiste em criar estratégias eficazes que garantam à instituição caminhar na perspectiva de superar os referidos problemas, atendendo assim às necessidades e exigências apresentadas pela população usuária.

Reconhecida como uma área estratégica para a gestão do Sistema Único de Saúde, a Gestão do Trabalho tem, entre suas responsabilidades, a atribuição de criar essas estratégias e mecanismos e/ou instrumentos de gestão do trabalho capazes de atender às necessidades da instituição, tendo em vista a melhoria da qualidade dos serviços.

Nesse sentido, Castro (1999) ressalta que o contexto de aceleradas mudanças no mundo do trabalho, que repercutem diretamente nas organizações de saúde, precisa ser considerado por todos aqueles que trabalham nessas organizações. É imprescindível que os gestores de saúde

superem a barreira da rigidez administrativa e reformulem suas práticas, re- vendo o processo de trabalho, reavaliando os instrumentos de administração historicamente utilizados, superando preconceitos na busca de alternativas, enfim, redefinido o seu papel em estreita sintonia com a missão e projetos institucionais [...] (CASTRO, 1999, p. 314).

Então, vamos estudar alguns dos instrumentos de gestão de pessoal utilizados nas instituições de saúde?

5.3 Vínculo, seleção e dimensionamento de pessoal

De acordo com a Constituição Federal, a investidura em cargo ou emprego público depende de aprovação em concurso público de provas ou de títulos, ressalvadas as nomeações para cargo em comissão declarado em lei de livre nomeação e exoneração. Todavia, tem-se observado nas instituições públicas de saúde um grande número de contratação que não se adequa ao estabelecido pela Carta Constitucional.

Ao longo da **Unidade I**, você, aluno/gestor, discutiu como no contexto atual a chamada “flexibilização” deu origem a novas relações de trabalho. Uma das consequências dessa “flexibilização” foi a descartabilidade do indivíduo trazida

no bojo do uso sistemático da terceirização da força de trabalho, como você pôde estudar no **Módulo 2** da citada unidade.

A desregulação das relações de trabalho atingiu tão fortemente o setor público que, trinta anos depois de promulgada a Carta Magna, devemos ainda insistir “na ousadia de cumprir a Lei”, como diria Eugênio Vilaça Mendes. Para o debate deste módulo, vamos ressaltar que o déficit de regulação se expressou como uma incapacidade de o Estado fazer cumprir os requisitos constitucionais que apregoa o concurso público.



Reflexão

Diante dessa assertiva, reflita sobre a seguinte questão: como se dá o ingresso dos trabalhadores à sua instituição? Retorne a Atividade 1 do Módulo 2 da Unidade I e observe quantas modalidades de vínculo empregatício existem na sua instituição. Seguramente, você encontrou mais de cinco.

As diversas modalidades de vínculos revelam que o gestor público está cada vez menos um empregador direto e mais um contratador de serviços. Por outro lado, para parte dos trabalhadores do SUS, flexibilizar passou a ser sinônimo de vínculos de trabalho que são mais autônomos e mais temporários.

Você percebe isso na sua instituição? Vejamos...



Atividade

1

“Multiplicidade de vínculos empregatícios e suas implicações para a gestão dos serviços de saúde”.....

Vamos iniciar a discussão a partir da seguinte questão disparadora. Para ajudar sua reflexão, textos complementares foram postados na biblioteca virtual. Consulte-os, se for o caso.

- a) Reveja as modalidades de vínculos empregatícios existentes na sua instituição e discuta as implicações dessa situação para a gestão, para os trabalhadores e para os usuários.



Fórum

Essa situação de diversas modalidades de vínculos empregatícios se torna mais complexa quando entram em cena as novas modalidades institucionais de direito privado associadas ao Estado que, nos últimos anos, têm se associado ao Estado, como por exemplo: as Organizações Sociais (OS) e as Organizações da Sociedade Civil (OSCIP).

Nogueira (2010), analisando dados de 2004 sobre o quantitativo de empregos gerados pelas OS e OSCIPS, demonstra que, na época, a capacidade de prestação de serviços por essas organizações era muito reduzida, “de ordem de 3%, quando comparado com o do setor público propriamente dito” (NOGUEIRA, 2010, p. 61). É possível que essa situação tenha mudado e a participação das citadas organizações tenha sido ampliada. Uma coisa é certa: esse debate tem ocupado muito das nossas atenções, tanto na perspectiva mais geral de (re) discutir o papel e a responsabilidade do Estado com a prestação de serviços de saúde — conforme está na Constituição — como na perspectiva da gestão do trabalho, analisando que consequências a relação gestão pública x Organizações Sociais traz para a gestão do SUS. É no sentido de desvendar essa realidade que o convidamos para socializar e discutir como está essa situação em seus estados.

Vamos levar as informações estaduais ou municipais no fórum e debater sobre ela?



Fórum



Atividade

2

“Organizações sociais e as implicações na gestão do trabalho”

Este fórum terá duas questões complementares:

- 1 Qual tem sido a presença da OS e OSCIPS em sua instituição?
- 2 Que implicações essa presença tem trazido para a gestão do trabalho?

Atenção: Antes de postar o seu primeiro pronunciamento, retome a Atividade 1, Módulo 2, Unidade I. Considere no seu comentário os dados coletados por você nessa atividade.

Na Unidade I deste curso, você fez uma caminhada pelo tema “flexibilização das relações de trabalho” discutindo com diversos autores sobre as implicações dessa situação para a gestão pública e para o trabalhador. Neste módulo, voltaremos, mais uma vez, ao tema, na perspectiva de abordar outros aspectos legais e administrativos. Para isso, vamos realizar três atividades subsequentes: leitura de um texto, consulta a documentos jurídico-legais e análise de um caso à luz da leitura do texto.

Preparados? Então vamos analisar um caso para fazermos.

Estudo de caso (1)

A análise do caso a seguir exigirá a compreensão de alguns conceitos como terceirização e cooperativismo. Para isso, recomendamos a leitura do texto **Terceirização nos Serviços de Saúde: alguns aspectos conceituais, legais e pragmáticos**, postado na biblioteca virtual do curso. Também será necessária a consulta a documentos jurídico-legais, entre eles: [Constituição Federal de 1988](#); [Regime Jurídico Único \(RJU\)](#); [Consolidação das Leis de Trabalho \(CLT\)](#); [a Lei 5.764/71](#), que define a Política Nacional de Cooperativismo, institui o regime jurídico das sociedades cooperativas e dá outras providências.

Caso 1

O diretor do Departamento da Gestão do Trabalho da Secretaria de Saúde do Município *Rosa dos Ventos*, depois de uma longa conversa com o diretor do hospital da cidade, vinculado ao serviço público, resolveu adotar a sugestão do referido diretor e contratar o serviço de uma cooperativa de profissionais. A justificativa é que o hospital está com 60% dos leitos desativados. Em passado recente, foram realizados vários concursos públicos tendo em vista superar o problema apresentado; todavia, os candidatos alegavam diversos problemas, inclusive baixos salários, e não assumiam o cargo. A Secretária Municipal acatou a orientação do diretor de Gestão do Trabalho e viabilizou o contrato com a cooperativa. O sindicato dos trabalhadores criticou a medida alegando desvalorização dos profissionais, uma vez que o salário médio pago aos profissionais da cooperativa correspondia a quatro vezes o salário médio dos funcionários, alegava também a ilegalidade da contratação.



Atividade

3

Com base nas discussões até aqui realizadas e na leitura do texto **Terceirização nos Serviços de Saúde: alguns aspectos conceituais, legais e pragmáticos** e nos documentos jurídico-legais recomendados, analise a decisão dos dirigentes da Secretaria de Saúde do município **Rosa dos Ventos**, destacando, principalmente:

- a contratação da cooperativa x o princípio da legalidade;
- a política de valorização do servidor;
- as implicações para a gestão do trabalho.

Encaminhe a sua análise para o seu tutor.

Ao discutir as diversas formas de inserção do trabalhador no serviço público, estamos, evidentemente, tratando das modalidades de contratação praticadas pelas nossas instituições; mas, antes da contratação, se faz necessária a etapa da seleção, concorda? Também concorda que independentemente da modalidade de contratação praticada (na maioria das vezes essa decisão não passa pelos setores de gestão do trabalho) se faz obrigatório que o setor tenha condições técnicas para selecionar ou assessorar a seleção do pessoal a ser contratado? Se concorda, reflita: por que isto não é feito?

- 1) De quais processos de seleção você tem participado?
- 2) Qual a sua participação, como gestor do trabalho, no planejamento e coordenação dos concursos públicos?
- 3) Qual a sua participação na contratação das cooperativas, discutindo aspectos referentes à administração dos trabalhadores contratados por ela e postos para trabalhar na sua instituição?
- 4) Qual tem sido a sua participação na contratação da força de trabalho da Estratégia de Saúde da Família que não é contratada via concurso público?

Essas são algumas das questões pelas quais (re) discutir o tema seleção de pessoal se faz importante. E aqui repetimos o convite feito a você na introdução deste módulo: **reveja as práticas de gestão do trabalho, tradicionalmente usadas nas instituições de saúde, e procure reescrevê-las, considerando que o cenário do futuro não pode prescindir de palavras como descentralização, participação, criatividade, conhecimento, divisão de responsabilidade e solidariedade.**

5.3.1 Seleção de pessoal

Selecionar não é um processo simples, como muitos imaginam. Ele envolve diversos elementos, entre outros, o ato de avaliar. E isto é sempre difícil, não é? Mas, esse processo costuma ter seu planejamento negligenciado por nós que labutamos no setor saúde. O que acaba trazendo graves consequências para a instituição como, por exemplo, não obter sucesso em prever e prover a organização com trabalhadores cujos perfis sejam capazes de assegurar os níveis de desempenho desejado.

Ora, mas as nossas instituições trabalham com saúde. Como não conceder importância a uma atividade que irá selecionar pessoas que irão trabalhar com algo tão nobre? Se você concorda com essa reflexão, irá participar dessa discussão com o intuito de rever sua inserção nos processos de seleção de pessoal, na perspectiva de reconstruir sua prática em sintonia com as exigências de um sistema que fez a opção de ser descentralizado, universal e de buscar a gestão democrática.

Inicialmente, se faz necessário ressaltar que uma das etapas do processo seletivo é atração dos candidatos. Essa etapa é chamada na bibliografia da ciência da administração de recrutamento. Recrutar e selecionar são duas etapas de um mesmo processo. Ele deveria envolver vários atores, tais como a chefia imediata, os trabalhadores, a equipe dos departamentos de gestão do trabalho, a equipe de dimensionamento, os conselhos diretores das unidades de saúde, os conselhos municipais e outros. Todos com diferentes responsabilidades que vão desde a identificação das necessidades de pessoal a ser contratado até a divulgação dos resultados do processo seletivo.

Recrutamento e seleção são duas faces de uma mesma moeda. O sucesso da seleção depende muito dos bons resultados da fase de recrutamento.

O Recrutamento é o momento de atração dos candidatos que possuam os requisitos mínimos para o cargo a ser preenchido. É o momento em que a organização divulga a oferta e oportunidade de empregos. Alguns passos devem ser considerados nessa etapa. São eles:

- levantamento das necessidades de pessoal a ser contratado;
- análise da oferta de novos egressos no mercado de trabalho;
- definição dos mecanismos de comunicação que irão informar ao público sobre as necessidades de vagas e sobre os critérios a serem adotados no processo seletivo, como por exemplo, número de vagas, cargos a serem preenchidos, pré-requisitos para inscrição e critérios para seleção, salário, período de seleção.

Enfim, todas as informações necessárias para atrair o maior número possível de candidatos com perfil para as vagas disponibilizadas. O Recrutamento será avaliado como um sucesso se ele conseguir atrair um bom número de candidatos com perfis compatíveis ao divulgado pela instituição.

A Seleção diz respeito à avaliação das pessoas atraídas, é o momento da escolha dos candidatos mais adequados para o exercício da função. É um processo de comparação entre duas variáveis: de um lado, os requisitos do *cargo* a ser preenchido (requisitos que o cargo exige de seu ocupante) e, de outro lado, *o perfil* das características *dos candidatos* que se apresentam. É o momento quando se identificam os candidatos com melhores chances de desenvolver o trabalho, de forma a elevar ou, pelo menos, manter o nível de qualificação dos serviços prestados. A seleção cumpre seu objetivo quando ela introduz, nos cargos oferecidos pela instituição, os indivíduos mais adequados aos mesmos (CASTRO, 1999).

Como isso acontece na sua instituição?

A atividade seguinte pede que você investigue como ocorrem os processos de Recrutamento e Seleção na sua instituição. Vamos começar?



Atividade

4

Responda às questões seguintes com base nas informações coletadas na sua instituição. É importante que você identifique todos os órgãos que realizam qualquer processo seletivo na sua instituição. Sabemos que esses processos não são restritos às coordenadorias de gestão do trabalho, não é?

- a) A única forma de ingresso na sua instituição é o concurso público?
- b) Existem outras formas de seleção que a sua instituição utiliza?
- c) Quais foram os órgãos envolvidos nos distintos processos de seleção?
- d) Como eles foram realizados (desde o recrutamento até a seleção) ?
- e) O setor/equipe de recrutamento e seleção costuma desenvolver suas atividades com informações prestadas pelo setor/equipe de dimensionamento de pessoal.

Atenção: suas respostas devem ser enviadas para o seu tutor e postadas no Mural para socialização das experiências com todos os participantes da sua turma.

Depois dessa reflexão, tendo como ponto de partida a sua instituição, é hora de estudarmos um caso que caracteriza uma dada situação-problema. Utilize para a análise do caso apresentado o que aprendemos sobre as características das instituições de saúde (Módulo 1), as transformações do mundo de trabalho (Unidade I), as discussões sobre trabalho em saúde (Unidade I) e os conhecimentos adquiridos neste Módulo (II).

Lembre-se: estamos no contexto de descentralização dos serviços, no qual palavras como participação e corresponsabilidade são fundamentais para o caminhar das instituições que desejam ser resolutas no que se refere às demandas da população usuária

Caso 2: Você assumiu o cargo de Diretor do Departamento da Gestão do Trabalho da Secretaria de Saúde do Município *Ventos do Morro Uivantes* — município de médio porte, localizado na região nordeste do país. O secretário de saúde lhe deu como prioridade a incumbência de contratar profissionais para suprir as necessidades de pessoal das unidades de saúde da família e do hospital municipal. A situação era a seguinte: as unidades da estratégia de saúde da família estavam em greve há mais de seis meses devido à falta de enfermeiros, médicos e agentes comunitários. A demanda era grande e a população estava revoltada. O agravante era que não havia médicos disponíveis no município. Quanto ao hospital local, ele encontrava-se com mais de 50% dos leitos desativados devido à falta de médicos e técnicos de enfermagem.



Atividade

5

Estudo de caso (2)

De posse dessas informações iniciais, o que você faria?

- a) Como você deflagraria o processo de recrutamento e seleção?
- b) De que outras informações você precisaria?
- c) A equipe que trabalha com o dimensionamento de pessoal e os diretores das unidades em questão poderiam lhe ajudar? Como?
- d) Que sequência você seguiria do recrutamento até a finalização do processo seletivo com a divulgação da relação dos aprovados?

Envie as suas conclusões para o seu tutor, utilizando o ambiente virtual.

5.3.2 Dimensionamento de pessoal



Saiba mais

Você sabia que algumas secretarias de saúde têm implantado a prática de Dimensionamento de Pessoal e que essa é uma das ferramentas da maior importância para o processo de Seleção de Pessoal?

Você já percebeu que estamos sempre renovando o convite para você participar conosco de mais uma atividade? Fazemos isso porque acreditamos que os processos de educação a distância tem a particularidade, de construir um aprendizado mediado e autônomo.

É nesse sentido que estamos reforçando, mais uma vez, o convite para permaneceremos juntos nessa caminhada.

Convite aceito? Então vamos compreender um pouco mais sobre o dimensionamento de pessoal e a importância dessa função para a gestão do trabalho.

Dimensionamento de pessoal é a etapa inicial do processo de planejamento e provimento da força de trabalho. Tem por finalidade a previsão da quantidade de funcionários por categoria, requerida para suprir as necessidades dos serviços. Deve ser compreendido como uma atividade de gestão a ser realizada em processo contínuo de identificação, análise e quantificação da força de trabalho necessária para o funcionamento adequado das instituições.

A adoção da metodologia de dimensionamento significa a adoção de um valioso instrumento gerencial na medida em que ele disponibiliza dados do processo de trabalho, os quais auxiliarão no processo decisório relacionado ao planejamento, distribuição e alocação da força de trabalho da instituição, qualidade dos serviços, monitoramento da produtividade, processo de trabalho e outros.



Biblioteca

Para conhecer uma experiência de dimensionamento de pessoal, leia umas das experiências premiadas pelo InovaSUS no ano de 2011 “Dimensionamento de pessoas para a Secretaria de Estado da Saúde Pública do Rio Grande do Norte”.

Agora, vamos iniciar os estudos do segundo tema deste Módulo. Trata-se da discussão de um dos direitos mais reivindicados por parte dos trabalhadores e suas representações de classe e importante instrumento da administração de recursos humanos: o Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS). Boa Sorte!

5.3.4 Cargos, Carreiras e Salários no Sistema Único de Saúde



Reflexão

Na sua instituição, existe Plano de Cargos, Carreiras e Salários implantado? Você sabe quando ele foi implantado? Tem conhecimento das suas características? Por exemplo: ele é exclusivo para os servidores da saúde? Contempla todas as categorias profissionais? Foi elaborado com base nas diretrizes da MNNP-SUS?

Define-se o Plano de Carreiras, Cargos e Salários (PCCS) como um instrumento de gestão do trabalho que tem como objetivo valorizar o servidor e implantar o processo de carreira na instituição. Consiste em um conjunto de regras que orientam a trajetória dos trabalhadores em sua carreira, bem como a respectiva remuneração (CASTRO, 2001).

De acordo com o Protocolo nº 006/2006 que aprova as Diretrizes Nacionais para a instituição de Planos de Carreira, Cargos e Salários no âmbito do Sistema Único de Saúde, plano de carreira

é o conjunto de normas que disciplinam o ingresso e instituem oportunidades e estímulos ao desenvolvimento pessoal e profissional dos trabalhadores de forma a contribuir com a qualificação dos serviços prestados pelos órgãos e instituições, constituindo-se em instrumento de gestão da política de pessoal.

Baldi (2008) ressalta que nenhum plano ou programa deve ser entendido como uma peça neutra, passível de ser justificado apenas pela racionalidade administrativa. Ele sempre terá um caráter político, econômico, social e também cultural. Corroborando as palavras de Baldi, Chanlat (1995) diz que a gestão de carreiras não é uma questão meramente técnica, pois a carreira está imersa nas estruturas socioeconômicas e no contexto histórico dentro do qual os profissionais estão envolvidos.

Para Resende (1991), nem os melhores e mais sofisticados modelos garantem o sucesso pleno dos planos. Portanto, estes não podem prescindir de um mínimo de flexibilidade.

O Protocolo nº 006/2006 diz que os planos devem ter carreiras com estruturas e formas de desenvolvimento semelhantes que garantam a valorização dos trabalhadores através da equidade de oportunidades de desenvolvimento profissional em carreiras que associem a evolução funcional a um sistema permanente de qualificação, como forma de melhorar a qualidade da prestação dos serviços de saúde.

No referido protocolo, carreira é definida “como a trajetória do trabalhador, desde o seu ingresso no cargo ou emprego até o seu desligamento, regida por regras específicas de ingresso, desenvolvimento profissional, remuneração e avaliação de desempenho”.

O supracitado protocolo também explicita a definição de cargos. Nesse documento, cargos são compreendidos como “o conjunto de atribuições assemelhadas quanto à natureza das ações e às qualificações exigidas de seus ocupantes, com responsabilidades previstas na estrutura organizacional e vínculo de trabalho estatutário”.

O conceito de cargo baseia-se nas noções de tarefa e de função, a saber:

Tarefa: atividade individualizada e executada por um ocupante de cargo. Geralmente é a atividade atribuída a cargos simples e repetitivos.

Função: é um agregado de deveres, tarefas e responsabilidades que requerem os serviços de um indivíduo.

Cargo: conjunto de funções similares (ou de tarefas e atribuições) da mesma complexidade, que refletem a estrutura organizacional, desdobrando-se em padrões funcionais e classes.

Carvalho em consonância com a definição do Protocolo que aprovou as Diretrizes Nacionais para a instituição de Planos de Carreira, Cargos e Salários no âmbito do Sistema Único de Saúde, diz que

a definição da estrutura dos cargos que compõem as organizações tem por finalidade a divisão de responsabilidades e atribuições de papéis relativos à execução de cada grupo de atividades necessárias à obtenção dos objetivos estratégicos, táticos e operacionais da empresa (CARVALHO, 2011, p. 78).

O referido autor destaca dois tipos de padrão de cargos: cargo restrito e cargo amplo.

O cargo restrito – modelo muito utilizado até o final do século XX – valoriza a descrição bem detalhada do que deve ser desenvolvido em determinada função. Embora seja um modelo ainda muito adotado pelas organizações, já se reconhece a sua rigidez que, conseqüentemente, provoca pouca mobilidade para seu ocupante. Já o **cargo amplo** remete a uma flexibilidade de atuação para seu ocupante, ou seja, pressupõe a diversificação de atividades por profissionais que ocupam um cargo de igual denominação. Segundo Carvalho (2011), em geral, a adoção do cargo amplo é associada ao modelo de **gestão por competências**. Ainda de acordo com esse autor, os perfis de competências mapeados para os cargos de uma estrutura organizacional podem contribuir para uma administração mais consistente e equilibrada.

Investir na elaboração e implantação de um PCCS tem sido uma decisão institucional, porém, na maioria das vezes, impulsionada pelas reivindicações das entidades profissionais. Portanto, o PCCS é um instrumento que já nasce na perspectiva da negociação entre gestores e trabalhadores.



Gestão de competências

Pressupõe que a instituição consiga discernir os resultados que almeja atingir a longo prazo. A gestão de pessoas fundamentadas em competências requer que a organização identifique com clareza quais as lacunas e deficiências em seu quadro funcional que possam retardar ou bloquear a obtenção dos macro-objetivos estratégicos da organização (ROCHA-PINTO, 2007, p. 25).



Reflexão

Que atores sociais você acha que deveriam participar das negociações para a implantação ou revisão do PCCS? Por quê?

Quando a elaboração do plano segue os preceitos da negociação, as possibilidades de sucesso do mesmo são bem significativas, afinal ele interessa diretamente a dois dos protagonistas da gestão do SUS: o trabalhador e o gestor. Mas, e a população, qual o interesse dela nessa discussão?



Atividade

6



Fórum

PCCS: instrumento de gestão.....

Reflita e discuta no fórum sobre a seguinte questão: qual o interesse da população no que se refere à existência de PCCS nas instituições de saúde?

Alguns procedimentos iniciais na fase de sua elaboração e implantação merecem atenção especial, pois descuidos nessa fase podem determinar o fracasso do plano. Isso não quer dizer que tais procedimentos determinem o sucesso. Para isso, outras variáveis deverão ser consideradas, mas, ressaltamos que, sem dúvida, eles podem determinar o fracasso de experiência.

Vejamos que procedimentos são esses.

- Sempre pautar o debate nos espaços coletivos de gestão (Mesa, Conselho Municipal, Conselho Estadual de Saúde e outros).
- Identificação e nomeação de técnicos experientes conhecedores da instituição e das questões relacionadas à gestão do trabalho e da educação para constituírem a comissão de elaboração do Plano. Outros pré-requisitos para os componentes dessa comissão serão a disponibilidade e a habilidade para negociar. Caso haja Mesa de Negociação instalada, se faz importante que esta comissão seja referendada pela Mesa.
- Garantir que na equipe de elaboração do plano, além de técnicos experientes, também tenha representantes políticos da instituição.
- Levantamento de documentos de caráter legal, administrativo e político (regimentos, regulamentos, estatuto de servidores públicos, estatuto das profissões, regulamento do Conselho de Educação, Código Brasileiro de Ocupações, relatórios das Conferências de Saúde, proposta de PCCS de outras instituições e outros).
- Identificação e descrição dos cargos — além de registrar tarefas, funções e responsabilidades que compreendem um cargo, a descrição registra a análise dos diversos requisitos exigidos pelo cargo, como:

escolaridade, experiência, responsabilidades, condições de trabalho, complexidade das tarefas, conhecimentos e outros.

- Divulgação do processo a ser iniciado, tendo em vista informar, envolver e esclarecer os trabalhadores na perspectiva de evitar possíveis resistências. Os trabalhadores devem fazer parte do processo e serem informados dos objetivos e dos novos encaminhamentos, por isso deve ter representação para acompanhar o desenvolvimento do plano.

Ressalta-se que a mera existência de um PCCS na instituição não garante, de maneira alguma, resultados positivos. Na verdade, um plano mal estruturado faz mais mal do que bem a qualquer gestão e não atende as reivindicações dos trabalhadores. Portanto, alertamos para os procedimentos anteriormente descritos.

A atividade seguinte tem como propósito que você se debruce sobre o PCCS da sua instituição, se houver.



Atividade

7

Analise o PCCS da sua instituição, considerando os seguintes critérios:

- 1 É exclusivo da saúde?
- 2 Contempla todas as categorias e ocupações profissionais?
- 3 Existe incentivo ao aprimoramento profissional?
- 4 Quais as modalidades de promoção e progressão funcional?
- 5 Quais os procedimentos para enquadramento e nomeações?
- 6 Quais as formas de remuneração previstas?
- 7 Os cargos foram desenhados de acordo com padrão “cargo amplo” ou “cargo restrito”?

7 Quais as dificuldades para execução do Plano?

8 Outras informações relevantes.

Atenção: ENVIE suas respostas para o seu tutor, utilizando o ambiente virtual.



Atenção

Para ampliar seus conhecimentos, leia o texto “O Plano de Cargos, Carreiras e Salários do SUS (PCCS)”, postado na biblioteca virtual do curso.

5.4 Conquistas legais dos movimentos para a implantação do PCCS

Para os trabalhadores da saúde a responsabilidade pela promoção da saúde, pela prevenção de doenças e agravos e pela recuperação se estabelece independente das tecnologias disponíveis nos serviços de saúde. Assim, idealmente, é possível se pensar que os trabalhadores da saúde fazem jus à igualdade na forma de vinculação, de promoção profissional e de remuneração, independente do seu local de trabalho. Essa era uma das reivindicações hegemônicas dos anos 80, caracterizadas pela luta em defesa da recuperação dos direitos de cidadania e de justiça social. As possíveis diferenças que poderiam ocorrer deveriam ser relativas aos próprios trabalhadores, como por exemplo, a sua formação profissional ou o seu tempo de serviço. Esse foi um sonho acalentado por muito tempo pelo movimento da reforma sanitária.

O processo de descentralização das ações e serviços de saúde demonstrou que seria impossível um consenso em relação a essa proposta. Na verdade, a realidade mostrou ser difícil garantir uma única forma de ingresso e de desenvolvimento dos trabalhadores da saúde com vínculos contratuais e realidades de gestões

tão diferentes, seja no âmbito do próprio nível de gestão (federal, estadual ou municipal), seja no âmbito das características administrativas e financeiras das gestões municipais.

Contudo, os defensores da implantação do PCCS nas instituições de saúde têm conseguido avanços, no âmbito jurídico, legal e institucional, que fortalecem o PCCS como uma ferramenta de gestão do trabalho. Vejamos alguns desses avanços:

- A Constituição Federal de 1988 proclama que a União, Estados e Municípios devem instituir, no âmbito de sua competência, Regime Jurídico Único e PCCS para os servidores da administração pública direta, das autarquias e das fundações.
- A Lei Federal n. 8.142/90 determina que, para receberem recursos para a cobertura das ações e serviços a serem implementados, os Municípios, Estados de Distrito Federal deverão constituir a Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), com prazo previsto de dois anos para sua implantação.
- A Resolução nº 12/1992 do Conselho Nacional de Saúde estabelece orientações gerais para o Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS) para os Estados, Municípios e Distrito Federal.
- O Ministério da Saúde, através da Portaria n.626/GM, de 08 de abril de 2004, cria a Comissão Especial para elaboração das Diretrizes do Plano de Carreira, Cargos e Salários no âmbito do SUS.
- A citada comissão, constituída por representantes do Ministério da Saúde, da Fundação Nacional da Saúde (FUNASA), da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), da Agência Nacional de Saúde Suplementar, da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), do Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, do Ministério da Ciência e Tecnologia, dos empregadores privados, da bancada de trabalhadores da Mesa Nacional Permanente de Negociação do SUS e de unidades de saúde vinculadas ao MS, elaborou um documento preliminar, que foi submetido à consulta pública em 2005 e finalmente concluído na forma de um documento — “Diretrizes Nacionais PCCS –SUS”, regulamentado através da Portaria GM/MS n.1318, de 5 de junho de 2007.



Atenção

Você sabia que existem várias experiências exitosas de implantação e de gestão de PCCSs nas secretarias de saúde? O Prêmio Inovasus – Gestão do trabalho para valorização de boas práticas de inovação na gestão do trabalho na saúde, promovido pelo Ministério da Saúde, classificou algumas dessas experiências consideradas exitosas. Acesse, na biblioteca virtual, algumas delas:

5.5 As Diretrizes Nacionais PCCS-SUS

Como já vimos, as Diretrizes Nacionais PCCS-SUS é um dos protocolos pactuados pela MNNP-SUS. De acordo com o artigo 3º desse documento, a instituição ou reforma de Planos de Carreiras no âmbito do Sistema Único de Saúde deverá observar os seguintes princípios.

- a)** Universalidade dos planos de carreiras: os planos deverão abarcar todos os trabalhadores dos diferentes órgãos e instituições integrantes do Sistema Único de Saúde.
- b)** Equivalência dos cargos ou empregos: correspondência dos cargos criados nas três esferas de governo no que se refere à denominação, à natureza das atribuições e à qualificação exigida para o seu exercício.
- c)** Concurso público de provas ou de provas e títulos: única forma de ingresso no serviço, para o exercício de cargo ou emprego e acesso à carreira.
- d)** Mobilidade: garantia de trânsito do trabalhador do SUS pelas diversas esferas de governo, sem perda de direitos e da possibilidade de desenvolvimento na carreira.

- e) Flexibilidade: garantia de permanente adequação do plano de carreiras às necessidades e à dinâmica do Sistema Único de Saúde.
- f) Gestão partilhada das carreiras: garantia da participação dos trabalhadores por meio de mecanismos legitimamente constituídos, na formulação e gestão de seu respectivo plano de carreiras.
- g) Carreiras como instrumento de gestão: o plano de carreiras deverá se constituir em um instrumento gerencial de política de pessoal integrada ao planejamento e ao desenvolvimento organizacional.
- h) Educação permanente: atendimento da necessidade permanente de oferta de educação aos trabalhadores do SUS.
- i) Avaliação de desempenho: processo pedagógico focado no desenvolvimento profissional e institucional.
- j) Compromisso solidário: o plano de carreiras é um ajuste firmado entre gestores e trabalhadores em prol da qualidade dos serviços, do profissionalismo e da adequação técnica do profissional às necessidades dos serviços de saúde.

Agora, teremos mais um momento da revisão de nosso aprendizado. Para isso vamos realizar mais uma atividade.

Atenção, para a realização das questões a e b da **Atividade 8** será necessário que você acesse o Protocolo nº 006/2006, postado na biblioteca virtual, que trata das Diretrizes Nacionais para a instituição de Planos de Carreira, Cargos e Salários no âmbito do Sistema Único de Saúde. Esse documento já é conhecido seu, todavia, agora, você precisa lê-lo na íntegra.

Caso exista PCCS na sua instituição, vá para a **questão “a” da Atividade 8**; caso não exista, vá para a questão “b” da mesma **atividade**.

Não esqueça de que as atividades devem ser encaminhadas para o seu tutor.



Atividade

8

- a) A partir das análises realizadas na **Atividade 7 e da leitura do** Protocolo PCCS-SUS, identifique os itens que podem ser melhorados no PCCS de sua instituição.

Sugestão: este não é um bom tema para o trabalho de conclusão? Pense nessa possibilidade.

- b) Considerando o estudado até o presente momento, apresente uma proposta para a discussão e implantação de um PCCS na sua instituição. Para a realização dessa tarefa
- apresente também que princípios embasariam a sua proposta de Plano, assim como as suas características;
 - aponte os atores que participariam da elaboração da proposta;
 - sugerimos que você converse com os seus colegas de trabalho.

Vamos encerrar a discussão sobre este tema com mais um fórum. Este momento é aquele que você, estudante/gestor, deve socializar com os demais companheiros o que aprendeu com as leituras, com a investigação do assunto na sua instituição e com o debate com o seu tutor.



Atividade

9

“Plano de Cargos, Carreira e Salários”

- a) Quais foram as consequências da implantação do PCCS para sua instituição? Ajudou na fixação do servidor? Criou motivação no servidor, considerando a perspectiva de carreira?
- b) Caso a sua instituição ainda não tenha um PCCS implantando, faça o exercício de planejar uma estratégia para sua implantação.



Fórum

5.6 Avaliação de desempenho

A avaliação, decididamente, é um tema polêmico e complexo, entretanto, avaliar é um ato corriqueiro no cotidiano das pessoas e das instituições. A todo o momento alguém está emitindo um juízo sobre outro alguém ou sobre alguma coisa. Vamos refletir um pouco sobre isso?



Reflexão

- O que significa avaliar?
- É um julgamento sobre alguma coisa? Sobre alguém?
- Para que serve a avaliação?
- Quais as consequências deste ato nas vidas das pessoas?

Lucena (1992) ressalta que a prática de avaliar é tão antiga quanto o próprio homem [...]. É a base para a apreciação de um fato, de uma ideia, de um objetivo ou de um resultado. É também a base para a tomada de decisão sobre qualquer situação que envolve uma escolha.

Nesse mesmo sentido, Thielen (1987) diz que a avaliação pode se constituir em um exercício autoritário ou, ao contrário, se constituir em um processo ou um projeto em que o avaliador e avaliado busquem e sofram uma mudança qualitativa.

Lucena (1992, p. 35) ainda ressalta que a avaliação de desempenho não costuma ser trabalhada no ambiente organizacional enquanto um processo de **gestão de desempenho**. Costuma ser, apenas, “um formulário, preenchido em determinada data, sem nenhuma referência ao desempenho e sem consequências para o desenvolvimento do negócio e das pessoas, funcionando como um mecanismo precário para a concessão do mérito”.

Flannery (1997, p. 233 apud ROCHA-PINTO et al, 2007, p. 87) corrobora a afirmação de Lucena e diz que “atendendo a uma solicitação do departamento de pessoal, supervisores preenchem um formulário de avaliação e, numa apressada reunião, o analisam em conjunto com o funcionário [...]”. Tal análise conjunta, muitas vezes, ocorre após o fato consumado, ou seja, após o formulário já ter sido preenchido, perdendo assim a sua finalidade.

Que finalidade seria esta? Melhorar a qualidade do atendimento, melhorar o desempenho do trabalhador e ou da equipe, melhorar o desempenho da instituição são alguns dos exemplos que podem ser considerados na definição do objetivo da avaliação de desempenho. Também deve se considerar que nas instituições que têm PCCS, a avaliação de desempenho é um dos seus instrumentos. Portanto, a sua existência está articulada com a perspectiva de carreira dos trabalhadores.



Reflexão

Existe ou já existiu, na sua instituição, algum processo formal de avaliação de desempenho? O que você conhece sobre ele?

Rocha-Pinto et al (2007) ressaltam que, de modo geral, a avaliação de desempenho dos trabalhadores tem sido utilizada para classificar, a partir de critérios normativos, a atuação dos trabalhadores, identificando quem é o melhor e quem é o pior. Segundo os citados autores, esta forma de avaliar estimula a competição entre os avaliados, excluem a criatividade e a iniciativa, elementos indispensáveis às organizações contemporâneas. Diante desse contexto, pergunta-se: *o que deve ser mudado nos processos de avaliação de desempenho?*

Refletir sobre a questão posta, põe em pauta a necessidade de se compreender que todo e qualquer processo de avaliação de desempenho da força de trabalho de uma dada instituição não tem o caráter de aparente neutralidade que a técnico-burocracia costuma empregar. Avaliar o desempenho, quer seja da instituição ou da força de trabalho, é algo que está estreitamente inserido nas relações sociais concretas estabelecidas pelo mundo do trabalho.

Para Rocha-Pinto et al (2007), a avaliação de desempenho apresenta três dimensões complementares: ela é ferramenta, meio e instrumento. Os citados autores explicam que, enquanto ferramenta, ela propicia uma visão holística das práticas de gestão do trabalho; na dimensão meio, ela fornece dados que registrados e processados poderão subsidiar a tomada de decisão; como instrumento, auxilia o gerenciamento da força de trabalho.

Não há dúvidas de que o processo de implantação e implementação da avaliação de desempenho representa um grande desafio para a gestão do trabalho. Comumente, gera conflitos e resistências, por isso é importante que ele seja cuidadosamente planejado. Portanto, faz-se necessário lembrar algumas questões que não podem ser negligenciadas na etapa de planejamento. Destacam-se:

- Qual são os objetivos da avaliação?
- Quem serão os avaliadores? O chefe imediato? O supervisor? A equipe do departamento de gestão do trabalho da instituição? A equipe do setor de lotação do servidor? O próprio avaliado? Os usuários do serviço prestado pelo servidor?
- Quem será avaliado ou o que será avaliado? O trabalhador? A instituição? As chefias? A equipe? O processo de trabalho?
- Considerando a municipalização dos serviços de saúde, como será a avaliação dos servidores municipalizados?
- Qual a técnica a ser utilizada?
- Que indicadores de desempenho serão utilizados?
- Qual será o período da avaliação? E quanto à periodicidade?
- O que será feito com os resultados da avaliação?
- O processo de avaliar está articulado com a gestão da educação?

Castro (1999) chama atenção para a capacitação dos avaliadores. Segundo a autora, sendo a avaliação de desempenho um instrumento de gestão do trabalho, é pertinente deduzir que ela é algo mais que o simples preenchimento de um formulário de avaliação. Portanto, é imprescindível promover processos de qualificação visando à preparação dos avaliadores e dos gerentes dos serviços. O despreparo destes pode constituir uma dificuldade para a implantação e continuidade do processo de avaliação.

Destacam-se, a seguir, alguns aspectos que você, estudante/gestor, não deve negligenciar ao elaborar uma proposta de avaliação de desempenho em sua instituição.

- Para que a avaliação seja mensurável, devem ser estabelecidos metas e indicadores de desempenho. Estes devem ser preferencialmente construídos em conjunto com os trabalhadores.
- As metas e indicadores de desempenho devem ser orientados pela missão e objetivos da instituição.
- Os indicadores devem ser de fácil compreensão e objetividade.
- Os resultados das avaliações devem retornar para os servidores. Eles não devem, por hipóteses alguma, serem engavetados.

- Avaliação de desempenho é um processo que expõe as pessoas, seu trabalho, suas atitudes, habilidades e compromissos, portanto, o surgimento de barreiras de resistências deve ser previsto.
- O grau de complexidade que envolve a operação de avaliar os trabalhadores e o seu processo de trabalho exige que os diversos níveis gerenciais e setores da instituição se articulem.
- O processo de avaliar o desempenho dos servidores envolve diversos atores; portanto, ele não pode e não deve ser centralizado nos setores de gestão do trabalho das instituições.

Chegamos a mais um momento da revisão de nosso aprendizado. Para isso, vamos realizar nossa Atividade final.



Resumo

Ao longo deste módulo, você teve a oportunidade de aprofundar seus conhecimentos sobre as implicações para a gestão do trabalho das diversas modalidades de contrato e analisou os mecanismos e instrumentos de gestão do trabalho mais utilizados nas instituições de saúde. Depois, você estudou os instrumentos na perspectiva de reescrevê-los, tendo como pressuposto a exigência da descentralização dos mesmos. Por fim, você propôs mudanças no que diz respeito à construção e à operação desses instrumentos na sua instituição.

Atividade final

Elabore, considerando o que foi discutido até agora e os textos postados na biblioteca virtual, um projeto de um sistema de avaliação de desempenho na sua instituição. Caso já exista o sistema implantado, faça a análise do mesmo, também considerando o discutido até o presente momento.

Orientação: discuta com a sua equipe de trabalho de forma que esta possa ser uma oportunidade do seu curso contribuir para o seu serviço. A atividade deverá ser encaminhada ao seu tutor por meio da plataforma virtual.

Referências

BALDI, Mariana; LOPES, Fernando Dias. **Plano de Cargos, Carreira e Remuneração como Instrumento de Gestão**: uma análise crítica da construção da proposta a partir da perspectiva da Imersão Cognitiva. Disponível em: < <http://www.observatorio.nesc.ufrn.br/artigoPolitica.php?codigo=681> > . Acesso em: 10 mar. 2012.

CARVALHO, Ieda Maria Vecchioni. **Cargos, Carreiras e Remuneração**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2011. (Série Gestão de Pessoas).

CASTRO, Janete Lima de. Gerência de Pessoal nos Serviços de Saúde. In: SANTANA, José Paranaguá de; CASTRO, Janete Lima de (Org.). **Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos – CADRHU**. Natal: EDUFRN, 1999. p. 312-327.

_____. Gerência de pessoal nos serviços de saúde. In: ESCOLA Politécnica Joaquim Venâncio. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001. p. 79-116.

CASTRO, Janete Lima de; SANTANA, José Paranaguá de (Org.). Brasília: OPAS/OMS; Natal: UFRN/NESC, 1998. p. 91-125.

CHANLAT, J. F. Quais carreiras e para qual sociedade? (I). **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 35, n. 6, p. 67-75, nov./dez. 1995.

LUCENA, Maria Diva da Salette. **Avaliação de Desempenho**. São Paulo: Atlas, 1992. 157p.

NOGUEIRA, Roberto Passos de. Problema de Gestão e Regulação do Trabalho no SUS. In: NOGUEIRA, Roberto Passos. **Tendência na Evolução do Emprego e nas Relações de Trabalho em Saúde**: a gestão de recursos humanos no Sistema Único de Saúde. Brasília: UnB/CEAM/NESP/ObservaRH, 2010. p. 45-65.

RESENDE, Ênio. **Cargos, Salários e Carreira**: novos paradigmas conceituais e práticos. São Paulo: Summus Editora, 1991.

ROCHA-PINTO, Sandra Regina da et al. **Dimensões funcionais da gestão de pessoas**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.

SOUZA, Vera Lucia de et al. **Gestão de Pessoas em Saúde**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2010. (FGV management, Serie Gestão em Saúde).

THIELEN, Iara P. **Avaliação de Desempenho**. [s.l.]: [s.n.], 1987. 15f.

Informação para a gestão do trabalho e da educação na saúde

Módulo

6



6.1 Introdução

Tem sido bastante repetido, neste curso, que as mudanças no mundo do trabalho têm gerado transformações importantes nas formas de produção e nas relações entre os indivíduos. Nesse contexto, a informação é um recurso primordial para o mundo contemporâneo e também um recurso essencial para a gestão do trabalho. Sendo assim, acreditamos que você, estudante/gestor, já percebeu ser a informação um dos conceitos chave para este curso e que estamos trabalhando com esse recurso desde a realização da primeira atividade da Unidade I.

Mas, será que a informação é realmente considerada um recurso estratégico para gestão do trabalho nas nossas instituições de saúde?

Na perspectiva que este questionamento passe a ser respondido positivamente, este módulo tem como objetivos de aprendizagem:

- Compreender e utilizar a informação como um recurso estratégico para o campo da gestão do trabalho e da educação na saúde.
- Conhecer as fontes formais de informação e os indicadores de gestão do trabalho e da educação que podem subsidiar a tomada de decisão dessa área.
- Conhecer os indicadores para a área de gestão do trabalho e da educação na saúde.
- Compreender a importância desses indicadores para a interpretação da realidade social e para a avaliação das políticas públicas.

Preparado para concluir a Unidade II? Então vamos iniciar esta finalização, realizando mais um exercício que procura problematizar a sua realidade.

6.2 Fontes de informações em saúde

Um dos propósitos da informação gerencial é habilitar a instituição a alcançar seus objetivos pelo uso eficiente dos recursos disponíveis. É comum escutarmos a frase que a informação é a matéria-prima para o processo de decisão. Apesar desse reconhecimento, ainda é possível perceber, na área da gestão do trabalho e da educação, gestores e técnicos que ainda desconhecem várias fontes de informação que podem ser úteis ao seu trabalho. Vamos investigar?



Atividade

1

Para a realização das atividades deste curso, você acessou fontes e sistemas de informação referentes à gestão do trabalho e da educação na saúde. Portanto, considerando o caminho que você percorreu, responda às questões a seguir:

- a) Quais são as fontes de informações (formais e não formais) relacionadas ao campo da gestão do trabalho e da educação na saúde que são utilizadas na sua instituição?
- b) Quais os sistemas de informações relacionados ao campo da gestão do trabalho e da educação na saúde que a sua instituição utiliza?
- c) Que fontes de informações geradas por órgãos como MEC, IBGE, MT e entidade profissionais são utilizadas por sua instituição para a formulação e condução das políticas de gestão do trabalho e da educação na saúde?

Atenção: Tendo em vista a troca de experiências entre os participantes, poste suas respostas no **MURAL**.

Antes de avançar no módulo, alguns termos precisam ser diferenciados, como, por exemplo: dado e informação. Normalmente, fazemos confusão quando tratamos desses termos e isso costuma atrapalhar as nossas comunicações. Portanto, vamos esclarecê-los?

Dado é qualquer elemento identificado em sua forma bruta que por si só não conduz a uma compreensão de determinado fato ou situação.

Informação é o dado trabalhado que permite ao executivo tomar decisões.

Compreendidas as diferenças entre esses termos básicos para a nossa discussão, vamos destacar algumas das principais fontes de informações para a área da gestão do trabalho e da educação na saúde, provenientes de pesquisas domiciliares, pesquisa em estabelecimentos e de registros administrativos.

Censo Demográfico (CD)	Pesquisa nacional por amostra de domicílio (Pnad)	Pesquisa Mensal de emprego (PME)
Pesquisa domiciliar realizada a cada 10 anos. Seu propósito consiste em produzir dados e informações para o conjunto total da população, abrangendo aspectos demográficos, socioeconômicos e características dos domicílios, entre outras variáveis.	É uma pesquisa por amostra de domicílios, criada com finalidade de produzir informações nos períodos intercensitários. A Pnad tem como objetivo principal suprir a falta de informação durante o período intercensitário; pesquisa temas pouco investigados ou não contemplados nos censos demográficos decenais e contribui para a implementação de políticas públicas e na avaliação de programas da área social do país de forma imediata. É uma pesquisa anual de abrangência geográfica nacional e analisa as variações geográficas.	É uma pesquisa realizada mensalmente a partir de uma amostra probabilística de domicílios. Os dados apurados da PME permitem acompanhar mensalmente os efeitos da conjuntura econômica da força de trabalho e as variações sazonais do mercado de trabalho com os seguintes objetivos: Produzir indicadores mensais sobre a força de trabalho nas principais regiões metropolitanas do País; Mensurar e caracterizar a população economicamente ativa e suas relações com o mercado de trabalho.

Quadro 1 – Principais estatísticas domiciliares para caracterizar a força de trabalho em saúde

Fonte: Adaptado de Oliveira e Machado (2010).

Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES)	Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (AMS)
<p>Fonte de estatística cadastral de todos os estabelecimentos de saúde prestadores de serviços ao setor público de saúde. Seu propósito consiste em cadastrar e manter atualizados os dados dos estabelecimentos de saúde, hospitalares e ambulatoriais, componentes da rede pública e privada nos níveis federal, estadual e municipal, possibilitando a avaliação e acompanhamento do perfil da capacidade instalada e potencial do atendimento à população; bem como subsidiar os gestores e na implantação e implementação das políticas de saúde, no planejamento, na regulação, na avaliação, no controle e nas auditorias dos serviços de saúde, assim como subsidiar ensino e pesquisas.</p>	<p>É realizada por meio de entrevista junto aos gestores e abrange todos os estabelecimentos de saúde existentes no país que prestam assistência à saúde individual ou coletiva. A pesquisa de AMS busca, junto aos estabelecimentos de saúde, informações mais precisas e atuais para a detecção da oferta e da capacidade instalada dos serviços de saúde no Brasil.</p>

Quadro 2 – Principais estatísticas por estabelecimentos para caracterizar a força de trabalho em saúde

Fonte: Adaptado de Oliveira e Machado (2010).

Censo Escolar	Censo da Educação Superior
<p>É uma pesquisa declaratória respondida pelo responsável pelo estabelecimento escolar. De periodicidade anual, o censo proporciona um retrato bem detalhado do sistema de educação e de todos os seus níveis. Os dados são desagregados por etapa/nível e modalidade de ensino, por dependência administrativa das escolas e por Unidade da Federação.</p>	<p>O Censo da Educação superior coleta, anualmente, dados dos cursos de graduação, presenciais ou a distância, de todos os estabelecimentos do país. As instituições de ensino superior respondem ao questionário do censo por meio da internet. A sua finalidade é fazer uma radiografia desse nível educacional.</p>

Quadro 3 – Principais estatísticas por estabelecimentos para caracterizar a formação da força de trabalho em saúde — censos educacionais

Fonte: Adaptado de Oliveira e Machado (2010).

Relação anual de informação em saúde (Rais)	Cadastro geral de empregos do Ministério de Trabalho e Emprego (Caged)
<p>A Relação Anual de Informação em Saúde trata-se de um registro administrativo de natureza obrigatória para todos os estabelecimentos existentes no território nacional, inclusive para aqueles que não registraram vínculos empregatícios no exercício. A Rais, essencialmente, capta dados do mercado de trabalho relativos aos empregados e possibilita a divulgação dessas informações com diferentes recortes, tais como: tipo de vínculo, remuneração, grau de instrução, data de nascimento, nacionalidade e de informações dos estabelecimentos relativos à atividade econômica, à área geográfica, entre outros.</p>	<p>É um registro para todos os estabelecimentos que tenham admitido, desligado ou transferido empregado com contrato de trabalho regido pela CLT, ou seja, que tenham efetuado qualquer tipo de movimentação em seu quadro de empregados.</p>

Quadro 4 – Principais registros administrativos para caracterizar a força de trabalho em saúde

Fonte: Adaptado Oliveira e Machado (2010).

Esses são exemplos de algumas fontes, contudo faz-se importante ressaltar outras também muito importantes para a gestão do trabalho e da educação na saúde como, por exemplo, os conselhos profissionais e os sindicatos que ofertam dados sobre oferta de profissionais para o mercado de trabalho.



Reflexão

Você utiliza algumas dessas fontes de informação no exercício da sua gestão?

6.3 Indicadores de Saúde

O que são indicadores de saúde?

Kayano e Caldas (2002) definem “indicadores” enquanto instrumentos importantes para controle de gestão e verificação e medição de eficiência e eficácia. Para os citados autores, os indicadores são a descrição por meio de números de um determinado aspecto da realidade, ou números que apresentam uma relação entre vários aspectos.

Os indicadores sociais e as metodologias para a sua formulação voltaram a integrar a agenda e a preocupação dos administradores públicos. Para a área da gestão do trabalho e da educação na saúde, essa é uma preocupação muito bem-vinda, considerando que ainda não conseguimos avançar muito nesse campo. Além dessa justificativa, que outros motivos poderiam ser considerados para justificar a nossa necessidade de implantar indicadores de gestão do trabalho e da educação na saúde? Para iniciar um debate, destacamos:

- a necessidade de medir o desempenho de programas e/ou projetos financiados por órgãos públicos ou organismos internacionais;
- a necessidade de legitimar (com dados empíricos) as políticas governamentais implantadas;
- a necessidade de democratizar informações sobre as questões da gestão do trabalho e da educação na saúde para possibilitar a ampliação do diálogo da gestão com os trabalhadores e com a sociedade, favorecendo um eventual aumento

desses dois últimos segmentos nos processos de formulação (e definição) de agendas, bem como de monitoramento e avaliação de políticas públicas.

Ao se pretender implantar indicadores nas instituições de saúde, deve-se ter bastante clareza da função e da utilidade dos indicadores, sob o risco de produzir informações inadequadas sobre a realidade na qual se pretende intervir. É preciso, portanto, ter cautela tanto na sua construção como na sua interpretação.

Para Kayano e Caldas (2002), os indicadores podem ser importantes ferramentas gerenciais de gestão para a administração pública e também um instrumento fundamental para a fiscalização, controle e acompanhamento da gestão pública por parte dos trabalhadores e da população.

Nessa perspectiva, recentemente, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde elaborou alguns indicadores para a gestão do trabalho e da educação na saúde, a saber:

Metas	Indicadores
Implementar ações de educação permanente para qualificação das redes de atenção, pactuadas na CIR e aprovadas na CIB.	Ações de educação permanente implementadas para qualificação das redes de atenção, pactuadas na CIR e aprovadas na CIB.
X municípios com trabalhadores em processo de educação profissional técnica, conforme diretrizes do PROFAPS e necessidades dos serviços da região de saúde.	Número de municípios com trabalhadores em processo de educação profissional técnica, conforme diretrizes do PROFAPS e necessidades dos serviços da região de saúde.
Inserir X estudantes dos cursos de graduação na saúde, participantes do Pró-Saúde e PET-Saúde, nos serviços de saúde dos municípios da região.	Número de estudantes dos cursos de graduação na saúde, participantes do Pró-Saúde e PET-Saúde, inseridos nos serviços de saúde dos municípios da região de saúde.
100% dos residentes dos programas de residência médica das áreas básicas (clínica médica, pediatria, gineco-obstetrícia, geriatria) e da residência multiprofissional ou em área de atuação de saúde bucal, assistência, atuando nos serviços de atenção básica da região.	Proporção de residentes dos programas de residência médica das áreas básicas (clínica médica, pediatria, gineco-obstetrícia, geriatria) e da residência multiprofissional ou em área de atuação de saúde bucal, assistência atuando nos serviços de atenção básica da região.
100% dos residentes dos programas de residência em medicina de família e comunidade e de residência em áreas de atuação (atenção básica/saúde da família, saúde da criança/mulher, saúde do idoso, saúde coletiva, saúde da criança, saúde da mulher) atuando nos serviços de atenção básica dos municípios da região.	Proporção de residentes dos programas de residência em medicina de família e comunidade e de residência em áreas de atuação (atenção básica/saúde da família, saúde da criança/mulher, saúde do idoso, saúde coletiva, saúde da criança, saúde da mulher) atuando nos serviços de atenção.
100% dos residentes dos programas de residência médica em psiquiatria e multiprofissional em saúde mental atuando nos serviços de atenção básica e em Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS) dos municípios da região.	Proporção de residentes dos programas de residência médica em psiquiatria e multiprofissional em saúde mental atuando nos serviços de atenção básica e em Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS) dos municípios da região.

Ampliar X% do número de pontos do Tele Saúde do Brasil Rede nos municípios da região. Ampliar em X% o número de acesso às ações do Tele Saúde Brasil Rede (Tele consultoria, tele diagnóstico e tele educação) dos profissionais da atenção primária.	Proporção de pontos implantados do Tele Saúde do Brasil Rede nos municípios da região. Proporção de acesso às ações do Tele Saúde Brasil Rede (Tele consultoria, tele diagnóstico e tele educação) dos profissionais da atenção primária.
Aumentar em x% os vínculos protegidos dos trabalhadores que atendem ao SUS na esfera pública, na região de saúde.	Proporção de vínculos protegidos entre os trabalhadores que atendem ao SUS na esfera pública.
X Mesas (ou espaços formais) Municipais de Negociação do SUS implantados e em funcionamento.	Número de Mesas ou espaços formais municipais de negociação permanente do SUS implantados e/ou mantidos em funcionamento na Região de Saúde.
X Mesas (ou espaços formais) Regionais de Negociação Permanente do SUS implantados e em funcionamento.	Número de Mesas ou espaços formais regionais de negociação permanente do SUS implantados e/ou mantidos em funcionamento na Região de Saúde.
X Mesas (ou espaços formais) municipais e regionais de Negociação do SUS implantados e em funcionamento.	Número de Mesas ou espaços formais de negociação permanente do SUS municipais e regionais implantados e/ou mantidos em funcionamento na Região de Saúde.

Quadro 5 – Metas e Indicadores da Gestão do Trabalho e da Saúde

Fonte: DEGERTS/MS — Apresentação feita em reunião da Câmara Técnica do CONASS.



Resumo

Neste módulo, você identificou algumas das fontes de informações importantes para o trabalho de gestão e discutiu a importância da informação como matéria-prima para o processo decisório. Além disso, conheceu alguns dos indicadores elaborados pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde.



Fórum

Atividade final

“Indicadores de Gestão do Trabalho”

- 1 Você acha que a implantação dos indicadores citados, ou de outros que você queira destacar, ajudaria a implantação e o monitoramento das políticas de gestão do trabalho e da educação na saúde de sua instituição? Justifique

Estamos quase no final do Módulo 6 e, conseqüentemente, da Unidade.

- 2 Mas, antes de encerramos, vamos ler e refletir sobre um tema de extrema importância para aqueles que são gestores dos serviços de saúde: Ética na Gestão em Saúde. A sua única tarefa será ler, parar e pensar sobre o tema. Portanto, acesse o texto na biblioteca virtual e Boa Leitura!

A próxima unidade abordará o tema Gestão da Educação na Saúde. Boa Sorte e muito Sucesso na caminhada!

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Gestão do Trabalho. Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho. **Apresentação feita na Câmara Técnica do CONASS**. Brasília, 22 de maio de 2012.

KAYANO, Jorge; CALDAS, Eduardo de Lima. **Indicadores para o diálogo**. Disponível em <<http://observasaude.fundap.sp.gov.br/BibliotecaPortal/Acervo/Monitoramento%20e%20Avalia%C3%A7%C3%A3o%20em%20Sa%C3%BAde/Artigos%20e%20Estudos/paper47.pdf>> . Acesso em: 12 jun. 2012.

OLIVEIRA, Eliane dos Santos; MACHADO, Maria Helena. Para Medir o Trabalho em Saúde no Brasil: principais fontes de informações. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n. 45, p. 105-125, 2010.

Janete Lima de Castro
Rosana Lúcia Alves de Vilar
Francisca Nazaré Liberalino

UNIDADE III

Gestão da educação na saúde



Apresentação

Esta unidade do curso aborda o tema da educação na saúde, promovendo reflexões críticas sobre a realidade existente no sistema de saúde brasileiro, inserindo elementos conceituais e ampliando o conhecimento teórico e prático na perspectiva de contribuir para qualificar a gestão e as intervenções neste campo. Está estruturada em dois módulos didáticos:

Módulo 1: Educação para qualificação do trabalho em saúde

Módulo 2: O processo educativo nos serviços de saúde

E tem como objetivos de aprendizagem:

- Compreender o sistema de formação da força de trabalho em saúde no contexto educacional brasileiro, enfocando suas bases legais, as principais características e as instâncias de regulação.
- Analisar os processos de formação dos trabalhadores em saúde nos níveis de ensino profissional e superior.
- Refletir sobre os processos de preparação de força de trabalho nos serviços de saúde, identificando necessidades de capacitação com vistas à elaboração de propostas de educação permanente.
- Compreender o processo de aprender e de ensinar, inseridos no cotidiano do trabalho em saúde.
- Construir propostas pedagógicas consonantes com as demandas dos serviços de saúde visando apoiar a gestão dos processos de educação permanente.

Educação para qualificação do trabalho em saúde

Módulo

1



1.1 Introdução

O desenvolvimento da sociedade vive, atualmente, um momento de grandes mudanças, em decorrência de fatores externos e internos, que englobam várias dimensões: políticas, econômicas, sociais e culturais, já discutidas na Unidade I deste curso.

O capitalismo contemporâneo se estrutura no fenômeno da globalização que não se limita ao campo econômico, ocorrendo também nos campos social, político e cultural (SANTOS, 2007).

Neste sentido, se redesenha uma nova engenharia de produção, incorporando novas tecnologias, novas formas de gerenciamento na busca de uma melhor qualidade e do aumento da produção dos serviços.

Esse contexto, marcado pela **reestruturação produtiva** com a adoção de novas concepções organizacionais e gerenciais, ocasiona mudanças no mundo do trabalho, surgindo a demanda por trabalhadores mais qualificados e por novas especializações.

Será que tal contexto interfere na definição do perfil dos trabalhadores?

Claro que sim! O perfil do profissional passa a incorporar novas exigências, tais como:

- Capacidade de diagnóstico e resolução de problemas.
- Iniciativa e criatividade.
- Capacidade de tomar decisões e trabalhar em equipe.
- Domínio tecnológico.

Para tanto, a educação passa a ser considerada forte determinante do ingresso e manutenção do trabalhador no mercado de trabalho. Uma vez que esse trabalhador precisará de uma sólida formação para dar conta das competências exigidas e de um perfil multiqualificado, afinal, o que se deseja são cabeças bem feitas, e não cabeças cheias, como ressalta Morin (2003).



Reestruturação produtiva

é o termo que engloba o grande processo de mudanças ocorridas nas empresas e instituições, via introdução de novas ações tecnológicas, organizacionais e de gestão, buscando se alcançar uma organização do trabalho integrada e flexível (GARAY, 1997).

Esse cenário vai exigir que você, aluno/gestor, compreenda o sentido dessas mudanças e suas consequências. Nesse sentido, o presente módulo tem como objetivos de aprendizagem:

- Compreender o sistema de formação da força de trabalho em saúde no contexto educacional brasileiro, enfocando suas bases legais, principais características e instâncias de regulação.
- Analisar os processos de formação dos trabalhadores em saúde nos níveis do ensino profissional e superior.
- Refletir sobre os processos de preparação de força de trabalho nos serviços de saúde, identificando necessidades de capacitação com vistas à elaboração de propostas de educação permanente.

1.2 A formação e qualificação dos trabalhadores em saúde

A reflexão que nos move, neste momento, diz respeito à preparação da força nos serviços de saúde.



Reflexão

Quem prepara a força de trabalho que atua nos serviços de saúde?

Para que tenhamos uma resposta fundamentada em informações reais, vamos lembrar alguns dados discutidos no Módulo 1, Unidade I, referentes à força de trabalho em saúde e, mais especificamente, sobre a composição e os níveis de escolaridade dos trabalhadores. Complementaremos as informações obtidas identificando o sistema educacional responsável pela preparação desta força de trabalho realizando a atividade que segue.



Atividade

1

1 Liste as instituições educacionais, do seu município ou estado, responsáveis pela formação em saúde, do nível superior e do ensino profissional, destacando:

- a) Cursos ofertados e vagas disponíveis.
- b) Dependência administrativa (pública ou privada).
- c) Identifique, na sua instituição, os setores responsáveis pela preparação ou qualificação de pessoal para a atenção e a gestão, destacando os processos educativos desenvolvidos nos últimos dois anos e a clientela participante.

2 Preencha o Quadro Síntese nº 2 (**modelo sugerido, postado na biblioteca do curso**) com as informações coletadas nos itens **a** e **b** e poste no Mural para socialização.

Na Unidade I deste curso, você aprendeu que a avaliação do funcionamento dos serviços de saúde deve levar em consideração os dados de **cobertura** desses serviços, o **impacto** dele sobre os principais obstáculos e a presumível **satisfação dos usuários**. Esses elementos representam um tripé importante para o bom funcionamento dos serviços e têm como eixo de sustentação a disponibilidade e a qualificação dos recursos humanos.

Outro aspecto importante a ser considerado se refere às necessidades de saúde da população, que, por sua vez, também se relaciona com a **cobertura**, o **impacto** e a sua **própria satisfação**.



Satisfação dos usuários

Relacionada ao atendimento das necessidades com resolutividade.

Cobertura

Relacionada à universalidade e equidade.

Impacto

Relacionado aos resultados.



E o que são necessidades de saúde?

As necessidades de saúde da população podem ser compreendidas sob diferentes abordagens, articuladas ao conceito de saúde como produto do processo de reprodução da vida social e à produção e consumo dos serviços de saúde. Em todas essas situações, as necessidades abrangem variadas dimensões que, apesar do caráter comum de convergência para os direitos de cidadania, também incorporam um componente subjetivo singular a cada cidadão.

Cecílio (2006) reconhece quatro conjuntos de necessidades de saúde: o primeiro relacionado às boas condições de vida; o segundo, ao acesso às tecnologias que melhoram a vida; o terceiro diz respeito à relação estabelecida com os sistemas de saúde; e o quarto é ligado ao grau de autonomia que cada pessoa tem no seu modo de conduzir a vida.



Saiba mais

Caso você tenha interesse em conhecer mais sobre o assunto, recomendamos a leitura do texto “**As necessidades de saúde como conceito estrutural na luta pela integralidade e equidade na atenção a saúde**”, que se encontra na biblioteca virtual.

Feitas essas considerações, vamos iniciar a segunda atividade do módulo: debater no fórum a situação da **Qualificação dos Trabalhadores para os Serviços de Saúde**.



Fórum



Atividade

2

Qualificação dos Trabalhadores para os Serviços de Saúde

Tendo como base os dados postados no mural da **Atividade 1** deste módulo, se pronuncie em relação às seguintes questões disparadoras para o debate sobre a **Qualificação dos Trabalhadores para os Serviços de Saúde**.

1 Quem prepara a força de trabalho que atua nos serviços de saúde do seu município ou estado?

2 Os trabalhadores da sua instituição estão qualificados para atender às necessidades de saúde da população? Justifique sua resposta.

Atenção: O fórum ficará aberto duas semanas. Neste período, os participantes deverão postar, no mínimo, dois comentários.

O debate foi produtivo? Esperamos que sim!

Agora convidamos você, aluno/gestor, a ler o texto “**A organização do sistema educacional brasileiro e a formação na área de saúde**”, postado na biblioteca virtual. Trata-se de um texto de caráter histórico que faz uma análise do sistema educacional brasileiro direcionando seu enfoque para a formação na área da saúde, tendo como eixos de discussão as concepções de educação e a organização do sistema educacional. É um texto que ajudará a compreender a relação entre o sistema educacional e o contexto social, político e econômico no país. Boa leitura!



Atividade

3

Uma vez que você leu o texto indicado anteriormente, responda às seguintes questões:

- a)** Quais as relações existentes entre as concepções educacionais e o projeto de desenvolvimento social, político e econômico no contexto histórico?
- b)** Como se conformou a formação em saúde nos períodos históricos percorridos no texto?
- c)** Envie as repostas ao seu tutor, caso necessite, continue a debater com ele sobre o assunto.

Acreditamos que as discussões feitas na **Atividade 3** irão ajudar você a seguir pensando sobre outras questões que também são determinantes para a qualificação da força de trabalho das instituições de saúde. Nessa perspectiva, vamos continuar nossas reflexões tendo como base a formação dos profissionais em saúde.



Reflexão

Você considera que, na realidade em que você atua como gestor, os profissionais de saúde estão sendo formados em consonância com as demandas do Sistema Único de Saúde (SUS)?

Você conhece algum movimento em prol de mudanças na formação em saúde?



Relatório Flexner

Estudo Medical Education in the United States and Canada – A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching¹, que ficou conhecido como o Relatório Flexner (Flexner Report) e é considerado o grande responsável pela mais importante reforma das escolas médicas de todos os tempos nos Estados Unidos da América (EUA), com profundas implicações para a formação médica e a medicina mundial (PAGLIOSA; DA ROS, 2008).

A formação dos profissionais de saúde vem sofrendo fortes críticas que impulsionam movimentos em prol de mudanças. A sua história retrata um ensino baseado na organização disciplinar, nos conteúdos biomédicos, na desarticulação entre teoria e prática, no consumo intensivo da tecnologia estimulando a especialização precoce e conduzindo a uma aprendizagem fragmentada dos problemas de saúde.

Essas características, até hoje tão marcantes, tiveram origem no **Relatório Flexner**, publicado em 1910, que consolidou o paradigma da medicina científica, orientando não só o desenvolvimento da educação superior em saúde no Brasil, mas, também, as práticas profissionais em toda área da saúde ao longo do século XX.

Esse paradigma flexneriano foi fundamentado na divisão do currículo médico em ciclo básico e ciclo clínico; no ensino centrado em atos de cura individual; no privilégio do hospital com cenário de aprendizagem; e na concepção da doença como processo natural e biológico. Dessa forma, o social e o coletivo e a organização do sistema de saúde não eram considerados para ensino na saúde.

Você já parou para pensar que a maioria dos profissionais de saúde foi formada com base nesse paradigma?

A realidade tem demonstrado que esse paradigma tem sido insuficiente para responder às necessidades de saúde da sociedade, o que demandou movimentos em prol de mudanças.

Assim, em face dessas necessidades de mudanças, outros referenciais passaram a orientar a formação em saúde, tendo como base uma política de saúde direcionada para um sistema de saúde integralizado, equitativo e democrático e uma política de educação que responda às novas exigências em relação ao novo perfil profissional.

Nesse sentido, destacam-se algumas ações governamentais do Ministério da Educação e do Ministério da Saúde que podem ser consideradas indutoras dessas transformações: as Diretrizes Curriculares Nacionais (MEC), que orientam a elaboração de novos projetos pedagógicos dos cursos; vários Projetos/Programas do Ministério da Saúde incentivadores de mudanças na formação em saúde, tais como: Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PROSAÚDE), Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS), Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (PROFAPS) e TELESSAÚDE.

Prepare a pipoca e vamos conhecer alguns desses projetos/programas numa sessão de cinema.



Leitura complementar

Sessão cinema

Para melhor compreender essas políticas que estamos chamando de indutoras de mudanças no processo de formação do profissional de saúde, assista ao documentário “*Educação Médica: caminhos e histórias*”, que, a partir da trajetória profissional de quatro militantes da área da gestão da educação na saúde do país, aborda a história da formação médica no Brasil contextualizada historicamente, destacando alguns dos programas do Ministério da Saúde do Brasil incentivadores de mudanças na formação em saúde.

Tendo acompanhado o documentário que apresentou algumas iniciativas que resultaram em mudanças significativas na formação em saúde no Brasil, vamos, agora, conhecer o aparato legal que estrutura a educação no Brasil e seus processos de mudanças.

1.3 Bases Legais da Educação

Você conhece a [Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional \(Lei nº 9.394\)](#), sancionada em 20 de dezembro de 1996, que regula a educação no Brasil?

Considerando que uma das competências do gestor do trabalho e da educação na saúde é saber articular e negociar com as instituições formadoras e que muitas Secretarias de Saúde possuem uma Escola de formação profissional de pessoal de nível médio, vamos conhecer um pouco dessa Lei? O nosso foco será o ensino profissional e superior.

Conforme a referida legislação, a educação tem um caráter abrangente, envolvendo os processos formativos que se desenvolvem na vida familiar, na convivência humana, no trabalho, nas instituições de ensino e pesquisa, nos movimentos sociais, organizações da sociedade civil e nas manifestações culturais, sendo fundamental a sua vinculação com o mundo do trabalho e à prática social. É reconhecida como dever da família e do Estado e tem como finalidade o desenvolvimento do educando, inspirado nos princípios de liberdade e nos ideais de solidariedade, para o exercício da cidadania e qualificação para o trabalho.



Reflexão

Você conhece os níveis de educação regulamentados pela [Lei de Diretrizes e Bases da Educação \(LDB\)](#)?

Vejamos, rapidamente, algumas informações importantes:

O título V, da Lei de Diretrizes e Bases, define os níveis de educação no Brasil que se compõe de:

- Educação básica
 - Educação Infantil
 - Ensino Fundamental
 - Ensino Médio
- Educação profissional
- Educação superior

1.4 Educação básica

A educação básica tem como propósito desenvolver o educando, assegurar-lhe a formação comum indispensável ao exercício da cidadania e o fornecimento de meios para a progressão no trabalho e em estudos posteriores. Nesse sentido, é constituída pela educação infantil, ensino fundamental e ensino médio.

A educação infantil visa o desenvolvimento integral da criança até os seis anos de idade, em seus aspectos físico, psicológico, intelectual e social, complementando a ação da família e da comunidade. E deve acontecer em creches ou entidades equivalentes e em pré-escolas.

O ensino fundamental, com duração mínima de nove anos, obrigatório e gratuito na escola pública, tem como objetivo a formação básica do cidadão, mediante o desenvolvimento da capacidade de aprender tendo como meios básicos o pleno domínio da leitura, da escrita e do cálculo; a compreensão do ambiente natural e social, do sistema político, da tecnologia, das artes e dos valores fundamentais da sociedade.

Por sua vez, o ensino médio, etapa final da educação básica, com duração mínima de três anos, tem como finalidades principais a consolidação e o aprofundamento dos conhecimentos adquiridos no ensino fundamental; a compreensão dos fundamentos científicos e tecnológicos dos processos produtivos e a preparação básica para o trabalho e cidadania.

E a educação profissional, do que se trata?

1.4.1 Educação profissional

É uma modalidade educacional a ser desenvolvida integrada às diferentes formas de educação, ao trabalho, à ciência e à tecnologia, para conduzir a um permanente desenvolvimento de aptidões para vida produtiva.

O aluno matriculado ou egresso do ensino fundamental, médio ou superior, bem como o trabalhador em geral, jovem ou adulto, poderá ter acesso à educação profissional, desenvolvida em articulação com o ensino regular ou por meio de outras estratégias de **educação continuada ou permanente** em instituições especializadas ou no ambiente de trabalho.

A educação profissional poderá ser organizada por eixos tecnológicos, possibilitando a construção de diferentes itinerários formativos, abrangendo os seguintes tipos de cursos:

- Formação inicial e continuada ou qualificação profissional.
- Educação profissional técnica de nível médio.
- Educação profissional tecnológica de graduação e pós-graduação.



Educação continuada

Processo que inclui as experiências posteriores a uma formação inicial, englobando capacitações direcionadas à aquisição de novos conhecimentos e atualizações cuja escolha, na maioria das vezes, é feita por iniciativa do trabalhador e sem aderência às necessidades do serviço.

Educação permanente

Processo de educação no trabalho e para o trabalho cuja finalidade é a transformação das práticas profissionais e da organização do serviço, visando a melhoria da qualidade. A educação permanente será objeto de discussão neste módulo.

Observação: Você percebeu que a educação profissional engloba diferentes níveis de ensino incluindo a formação superior? Mesmo assim, a lei trata da educação superior como sendo um item a parte, uma educação superior geral, e não direcionada, especificamente, à vida produtiva.

1.4.2 Educação superior

A educação superior tem como principais finalidades estimular a criação cultural e o desenvolvimento do espírito científico e do pensamento reflexivo; formar diplomados nas diferentes áreas do conhecimento, aptos para inserção em setores profissionais e para o desenvolvimento da sociedade brasileira; incentivar o trabalho de pesquisa e investigação científica, assim como as ações de extensão visando à difusão de conquistas e benefícios.

Esse nível educacional é de responsabilidade de instituições públicas e privadas de ensino superior, com variados graus de abrangência ou especialização, e compreende os seguintes tipos de cursos ou programas:

- Cursos sequenciais por campo de saber para candidatos que atendam aos requisitos estabelecidos pelas instituições de ensino.
- Cursos de graduação para candidatos que concluíram o ensino médio e ingressam mediante processos seletivos.
- Cursos de pós-graduação com programas de especialização, aperfeiçoamento, mestrado e doutorado, abertos a candidatos diplomados em cursos de graduação e que atendam às exigências das instituições de ensino.
- Cursos de extensão abertos a candidatos que atendam aos requisitos estabelecidos em cada caso pelas instituições de ensino.

A lei trata, também, de algumas modalidades de educação direcionadas a grupos específicos, tais como: a Educação para Jovens e Adultos (EJA), que é destinada àqueles que não tiveram acesso ou continuidade de estudos no ensino fundamental e médio na idade própria por meio da oferta de cursos e exames supletivos para o prosseguimento dos estudos; a educação especial para portadores de necessidades especiais; a Educação a Distância (EaD), que vem sendo cada vez mais utilizada pelos serviços de saúde, uma vez que tem a capacidade de ampliar a oferta de vagas nos processos de capacitação e possibilitar a ampliação do acesso dos profissionais que têm dificuldades para se afastar do emprego.



Saiba mais

Para ampliar seu conhecimento sobre a Legislação da Educação a Distância, sugerimos a leitura do [Decreto nº 2.494, de 10/02 de 1998](#), disponível na biblioteca virtual.

No campo específico da regulamentação da formação em saúde, ainda podemos mencionar as Diretrizes Curriculares Nacionais, que orientam os projetos pedagógicos dos cursos e vêm contribuindo para mudanças paradigmáticas e estruturais.

Após esse passeio sobre a regulamentação da educação, vamos nos debruçar sobre os processos de capacitação nos serviços de saúde. Estão motivados?

1.5 Processos de capacitação nos serviços de saúde

Antes de iniciarmos a discussão sobre os processos de capacitação nos serviços de saúde, faz-se necessário esclarecer alguns conceitos:

- **Formação:** O conceito de formação deriva da palavra latina **formatio**. Trata-se da ação e do efeito de formar ou de se formar (dar forma a/constituir algo). Podemos dizer que a formação profissional incorpora um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes exigidas para o exercício de uma profissão em qualquer ramo de atividade econômica. A formação exige uma regulamentação e fornece uma titulação.
- **Capacitação:** Consiste na atualização, complementação e/ou ampliação de conhecimentos, competências e habilidades necessárias à atuação no contexto dos processos de trabalho ao qual a pessoa se vincula. Pode acontecer por meio de vários tipos de processos educativos, de curta duração, em contextos de educação continuada ou de educação permanente: cursos de atualização, treinamentos, seminários, oficinas de trabalho etc.

- **Qualificação** É o ato ou efeito de qualificar, é atribuir uma qualidade, um atributo qualificativo, relacionada a várias dimensões: escolaridade, formação profissional, experiência profissional, processos de educação continuada ou permanente para o exercício de cargo ou função. É a capacidade potencial do trabalhador para desempenhar um determinado papel no processo de trabalho.

Os processos de capacitação nos serviços de saúde, em geral, podem influenciar, ou não, em mudanças das práticas dos profissionais, a depender de vários fatores, entre eles, a sua relação com os problemas locais e as escolhas pedagógicas realizadas. Nesse sentido, o gestor da educação na saúde tem um papel fundamental para o alcance dos objetivos que se pretende atingir com esses processos.

Para que tenhamos uma visão geral sobre como são realizados os processos de capacitação nos serviços de saúde, levantaremos algumas questões para reflexão:



Reflexão

Os processos de capacitação têm correspondido às necessidades dos serviços de saúde?

Os métodos pedagógicos utilizados têm favorecido o aprendizado do aluno/adulto/trabalhador e têm contribuído para mudanças?

As pessoas selecionadas para os cursos são sempre as mesmas ou existem critérios estabelecidos pela instituição para participação?

Essas e outras questões nos darão a base das discussões deste item. Para tanto, realizaremos uma sequência de atividades que requer de você, aluno/gestor, muita atenção para que consiga fazer uma análise criteriosa de como ocorrem os processos de capacitação nas suas instituições.



Atenção

A **Atividade 4** está dividida em dois passos apenas para melhor orientar a sua realização. Todavia, um único arquivo deverá ser encaminhado ao seu tutor.



Atividade

4

Passo 1

1

Escolha dois cursos realizados no último ano, na sua instituição, e preencha o quadro a seguir:

Curso	Modalidade	CH	Clientela

Passo 2

2

Procure identificar, junto ao setor ou unidade responsável pela realização dos cursos escolhidos, as seguintes informações:

- a) Qual foi o problema no serviço que deu origem à solicitação de cada curso apresentado no seu quadro?
- b) Como foram selecionados os participantes? Eles estavam envolvidos diretamente com o problema?
- c) A capacitação realizada contribuiu para a superação do problema? De que forma?

Essa atividade deverá ser encaminhada para o seu tutor juntamente com o quadro preenchido no **Passo 1**.

Para embasar teoricamente as reflexões feitas na **Atividade 4**, convidamos você para leitura de um texto. Nele você vai encontrar uma análise crítica sobre a forma como as capacitações são planejadas e realizadas nos serviços. O texto discute também os processos educativos como parte de um projeto político de transformação dos serviços de saúde, além de apontar estratégias que buscam superar as limitações desses processos.



Atividade

5

Leia o texto “Processo educativo nos serviços de saúde”. Após a leitura do texto, responda às questões a seguir e encaminhe para o seu tutor.

- a) Como são identificadas as necessidades dos processos de capacitação?
- b) Quem define as necessidades de capacitação?
- c) Em sua opinião, os processos de capacitação realizados ou promovidos por sua instituição ocorrem de forma articulada ou desarticulada com as necessidades dos serviços de saúde?
- d) Como são definidos os participantes desses processos?
- e) Existe duplicidade de participação de profissionais para um mesmo curso?
- f) As capacitações são pontuais ou fazem parte de um programa de melhoria da qualidade dos serviços de saúde?
- g) Existe alguma avaliação dos seus resultados nos serviços?

Você aprendeu no texto “Processo educativo nos serviços de saúde” que qualquer processo de capacitação que busque mudanças no serviço só terá êxito se for concebido tendo como base o processo de trabalho e os problemas ali identificados. Aprendeu, também, que a relação entre preparação do profissional e o resultado do seu trabalho não é linear, pois são vários fatores que interferem. Entretanto, não se pode negar que a preparação das pessoas exerce uma forte influência na qualidade do trabalho.

Para complementar as discussões sobre esse tema, convidamos você a participar de mais fórum para debater sobre processos de capacitação nos serviços de saúde.



Atividade

6

“Processos de capacitação nos serviços de saúde”

Como você, gestor, pode contribuir para que os processos de capacitação tenham influência/impactos positivos na melhoria da qualidade dos serviços de saúde?



Fórum



Atenção

Atenção: O fórum ficará aberto duas semanas e, neste período, os participantes deverão postar, no mínimo, um comentário.

Vamos aprender a identificar necessidades de capacitação?



As leituras e discussões feitas até agora reforçam a importância da articulação entre as necessidades de capacitação e as necessidades dos serviços de saúde e da população.

Mas, como é que se identificam as necessidades de capacitação que estejam relacionadas com os problemas apresentados pelos serviços de saúde ou com as práticas dos profissionais?

Você já percebeu como é difícil para os gestores de diferentes setores identificarem tais necessidades fazendo essa relação?

Para responder, basta olhar para três situações que ocorrem com frequência nos serviços de saúde: o número de solicitações de afastamento para cursos que não têm qualquer relação com a atividade desenvolvida pelo profissional solicitante; o baixo impacto das diversas capacitações realizadas sobre os problemas dos serviços de saúde; a repetição da lista de necessidades de capacitação apresentadas, todos os anos, ao setor responsável pela coordenação de capacitação da sua instituição.

Vamos aprender como identificar necessidades de capacitação de forma articulada às necessidades dos serviços? É um exercício fácil, mas exige atenção. Ele deverá lhe ajudar muito na sua função de coordenação de equipes em qualquer nível gerencial da instituição.



Selecione um problema do serviço de saúde.

- 1** Descreva, de forma clara e objetiva, o problema selecionado (escreva de forma que qualquer pessoa compreenda o seu problema sem necessitar que você o explique. Imagine que ele deverá ser apresentado a um gestor que não tem tempo para longas explicações, portanto, deve entender o problema a partir do enunciado).
- 2** Analise seus determinantes e suas consequências.
- 3** Identifique se um dos determinantes do problema se refere à insuficiência de qualificação dos profissionais envolvidos. Se a capacitação não for um dos fatores determinantes, busque outro problema e refaça o exercício.
- 4** Considerando que a capacitação é uma das estratégias para o equacionamento o problema escolhido, analise:
 - a)** Quais são os resultados esperados em relação ao equacionamento do problema?
 - b)** Que critérios deverão ser utilizados para seleção dos participantes?

Encaminhe o resultado dessa atividade para seu tutor

A seleção adequada dos participantes para os processos educativos é uma das etapas do processo de identificação das necessidades de capacitação para um dado serviço. O paradoxal dessa situação é que, muitas vezes, esta etapa é negligenciada. Isso contribui para uma inserção dos profissionais nos cursos de forma casuística e baseada em interesses diversos e desarticulados dos reais problemas para o quais as capacitações foram, originalmente, propostas.

Identificada a necessidade de capacitação, não esqueça que os objetivos de aprendizagem dos processos educativos nos serviços de saúde deverão procurar responder aos objetivos traçados para a resolução dos problemas previamente definidos.

1.6 Concluindo

Agora, já temos maior clareza dos vários aspectos que podem comprometer os resultados dos processos educativos. Vamos lembrá-los?

- A formulação de propostas educativas desvinculadas das práticas concretas e dos problemas dos serviços de saúde.
- Processos de capacitação realizados de forma pontuais, não integrando projetos de desenvolvimento institucional.
- Inserção casuística dos trabalhadores nos processos de capacitação.
- Deficiências nas condições de trabalho.
- Utilização de metodologias educativas que acentuam a dicotomia entre o pensar e o fazer.

Mas, é bom saber que sempre estamos procurando poros para implantar e implementar mudanças. Um desses poros pode ser a adoção de políticas de Educação Permanente em Saúde, mas, para isso, precisamos das ferramentas adequadas. Estamos de acordo? Então, no próximo item, vamos nos dedicar a estudar o tema da educação permanente como estratégia para qualificação do processo de trabalho.

1.7 Educação Permanente em Saúde

O que é mesmo Educação Permanente em Saúde?

Educação Permanente em Saúde pode ser compreendida como uma proposta de ação estratégica capaz de contribuir para a necessária transformação dos processos formativos, das práticas pedagógicas e de saúde e para a organização dos serviços.

Nesse sentido, é, também, uma importante estratégia orientadora não só do desenvolvimento dos profissionais, mas, sobretudo, das transformações necessárias às práticas vigentes nos serviços de saúde.

O serviço de saúde deve ser entendido em seu contexto, por sua finalidade e função social, e, também, precisa ser compreendido pela sua cultura institucional caracterizada pelos processos de trabalhos parcelares e não integrados que, muitas vezes, levam à desmotivação e à desresponsabilização dos trabalhadores, gerando ciclos de alienação e ação mecânica no seu interior.

Nesse contexto, os trabalhadores em seus **micro-espacos** de atuação exercem sua autonomia relativa para tomar decisões acerca do que acreditam ser o correto ou que venha a atender aos seus interesses particulares, a partir de suas crenças, valores e concepções acerca do que seja saúde, trabalho em saúde e modos de realizar esse trabalho.

Por sua vez, os gestores precisam de apoio e ampliação de sua governabilidade para fortalecer sua capacidade de fazer com que a política de saúde chegue ao nível operacional como prática efetiva no cotidiano das organizações e dos trabalhadores (BRASIL, 2005).

Nesse contexto, ocorre uma separação entre o planejamento e a ação efetiva, entre o político e o técnico, entre o pensar e o fazer, impregnados que são ainda dos **princípios taylorísticos** que mantêm a fragmentação, a hierarquia vertical e a desigualdade nas relações de poder e de trabalho no interior das instituições.



Micro-espacos

Espaco onde se realiza o processo de trabalho no cotidiano, onde se estabelece uma relação singular no encontro entre os sujeitos que operam e os que utilizam os serviços de saúde.

Princípios taylorísticos

Princípios da administração científica que embasam um estilo de gerenciar, tendo como eixos centrais a disciplina, o controle, a hierarquia e a divisão técnica do trabalho.



Você considera que essa situação existe na sua instituição?

Reconhecendo essa problemática institucional, podemos inferir que para se produzir mudanças, efetivas, no modo de produzir serviços de saúde, faz-se necessária a imersão e reflexão sobre as práticas vivenciadas. E para que as pessoas decidam mudar ou incorporar inovações à sua prática, é preciso que elas se sintam desconfortáveis com a situação atual. Elas devem perceber que a maneira vigente de fazer ou pensar estão sendo insuficientes ou insatisfatórias para atingir as finalidades do seu trabalho.

Isso só se faz mediante experiências de aprendizagem no trabalho aliadas aos processos de cogestão dos serviços, de modo a estimular o compromisso e responsabilização de todos os atores envolvidos com a melhoria das ações e dos seus resultados.



Em conformidade com o MS (2009), a Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. Por conseguinte, a Educação Permanente baseia-se na **aprendizagem significativa** e na possibilidade de transformação das práticas profissionais.

A educação permanente empreende, também, um trabalho articulado entre o sistema de saúde em suas esferas de gestão e as instituições formadoras, tanto na identificação de problemas cotidianos no processo de trabalho na saúde quanto na construção de soluções.

Nessa perspectiva, ela toma como objeto de transformação e investigação crítica o próprio processo de trabalho (formação, gestão, atenção e controle social). Seu alvo são as equipes (consideradas unidades de produção) e seu lócus os cenários reais de atuação, orientando-se pela melhoria da qualidade da atenção em saúde.

Por ser uma estratégia de aprendizagem coletiva e inserida nos cenários reais do trabalho, a educação permanente deve ser considerada uma parte constitutiva de gestão democrática, ou seja, uma estratégia para a cogestão de coletivos.



Aprendizagem significativa

A aprendizagem só ocorre de forma significativa, quando é vista relacionada às experiências anteriores e as vivências pessoais dos aprendizes, permitindo, assim, a formulação de problemas que os incentivem a aprender mais, a estabelecer diferentes tipos de relações entre fatos, objetos, acontecimentos, noções e conceitos.

Desse modo, ela tem um forte potencial para produzir novos pactos e acordos coletivos de trabalho no SUS; promover o diálogo e a cooperação entre os profissionais, entre os serviços em rede, e entre gestão, atenção, formação e controle social; e ampliar os compromissos de todos os atores sociais com o interesse público, usando os espaços de liberdade que a prática em saúde permite.

Por essa razão, a Educação Permanente em Saúde tem sido parte fundamental e constitutiva da agenda política dos gestores do SUS, e, com vistas a sua consolidação, algumas iniciativas do Ministério da Saúde foram realizadas com essa intenção.



Reflexão

- Você conhece alguma dessas iniciativas do Ministério da Saúde?
- Participou ou tem participado de alguma delas?
- Se já participou, faça um breve comentário acerca de sua experiência pessoal em qualquer destas iniciativas e poste no mural.

Historicamente, algumas dessas iniciativas foram exitosas e serviram de subsídios para a proposição de uma Política de Educação Permanente para a área da saúde no Brasil.

Você conhece a Política de Educação Permanente proposta pelo Ministério da Saúde?

Para conhecê-la ou aprofundar seus conhecimentos, propomos a leitura do texto que trata das diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no Brasil.

Para dar concretude aos propósitos dessa política, em âmbito nacional, recentemente, algumas proposições estratégicas foram viabilizadas no sentido de articulá-la e fortalecê-la nos estados e municípios por meio de alguns programas, tais como: Programa Nacional de Reorientação de Formação Profissional em Saúde/Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PROSAÚDE/PET-Saúde); Programa Telessaúde Brasil Redes (TELESSAÚDE) E Universidade Aberta do SUS (UNASUS), dentre outros. Para aprofundar seus conhecimentos, acesse os endereços.¹

¹<http://prosaude.org/not/prosaude-maio2009/proSaude.pdf>
http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=35306
www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/103276-402. www.telessaudebrasil.org.br

Ao chegarmos até aqui, esperamos que você tenha compreendido que a Educação Permanente em Saúde:

- Precisa ser entendida em sua dualidade, como **prática de ensino-aprendizagem** e como **política de educação na saúde**.

Como **política**, reafirma os princípios da educação permanente como norteadores para as ações educativas na saúde. Enfatiza que as demandas para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores no SUS sejam definidas a partir da identificação dos problemas cotidianos referentes à atenção à saúde e à organização do trabalho.

- Também reafirma a compreensão e o tratamento da gestão da educação na saúde (formação e desenvolvimento) como uma questão de natureza tecnopolítica, uma vez que envolve mudanças nas relações, nos processos, nos atos de saúde, nas organizações e nas pessoas.
- Como **prática de ensino-aprendizagem** significa a produção de conhecimentos no cotidiano das instituições de saúde, a partir da realidade vivida pelos atores envolvidos, tendo os problemas enfrentados no dia a dia do trabalho e as experiências desses atores como base de interrogação e mudança.
- Nesse sentido, se ancora em metodologias ativas, ensino por descobertas e métodos problematizadores, numa perspectiva crítica e democrática de construção de conhecimentos e aprendizagens significativas.
- Portanto, **Educação Permanente em Saúde** é um conceito forte e edificante para pensarmos novas relações entre a **educação**, o **trabalho** e a **gestão do trabalho em saúde**, trazendo para dentro do processo de aprendizagem as dimensões éticas da vida, do trabalho, do homem, da saúde e de suas relações.

Pensar nesta perspectiva é trabalhar processos de capacitação articulados entre si e, também, articulados aos problemas da realidade, ao processo trabalho desenvolvido e às prioridades da área para qual o se destina, ou seja, instituir métodos e estratégias de ensino aprendizagem que deem conta de tal complexidade de abordagem e que considerem o contexto onde se dá a produção e gestão dos serviços de saúde.

Tais métodos serão objeto de estudo do próximo módulo que irá discutir mais diretamente sobre o processo educativo no âmbito dos cenários de aprendizagem.



Resumo

Neste módulo, você percorreu caminhos pedagógicos que lhe permitiu abordar o tema da gestão da educação no campo da saúde, considerando a sua importância para qualificação dos serviços; realizar atividades didáticas sistematizadas e interativas, partindo sempre de reflexões críticas das manifestações concretas sobre as ações educativas desenvolvidas nos processos de formação e preparação da força de trabalho em saúde. Além disso, você analisou as principais características que marcam os processos de formação dos trabalhadores de saúde de nível superior e do ensino profissional, tendo como referência suas bases legais e o contexto educacional e dos serviços de saúde, bem como os processos de preparação da força de trabalho nos serviços de saúde, demarcando seus limites e dificuldades relacionadas às necessidades de capacitação, seleção da clientela, formulação e execução das propostas educativas, visando desencadear ações propositivas para uma política de educação permanente.

Atividade final

1 Leia o texto: Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

Disponível em: < www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/109650-2200.html > .
Acesso em: 17 jul. 2012.

2 Com base na leitura e tendo como referência o seu município ou estado, identifique as instâncias de pactuação e negociação da Política de Educação Permanente em Saúde no Brasil, respondendo às questões solicitadas:

- a)** Existe CIES (Comissão de Integração Ensino-Serviço) no seu estado ou município?
- b)** Como está sendo a atuação da CIES?
- c)** Existe uma política de educação permanente na sua instituição? Justifique.

Envie as respostas para seu tutor.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **A Educação Permanente Entra na Roda**: pólos de educação permanente em saúde – conceitos e caminhos a percorrer. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicações/politica_nacional_educacao_permanente_saude > . Acesso em: 25 jul. 2012.

CECÍLIO, L. C.de O. **As necessidades de saúde como conceito estrutural na luta pela integralidade e equidade na atenção a saúde**. Disponível em: < www.lappis.org.br > . Acesso em: 25 jul. 2012.

CHRISTOFARO, Maria Auxiliadora. A organização do sistema educacional brasileiro e a formação na área de saúde. In: SANTANA, J. P. de; CASTRO, J. L. de. **Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos em saúde**: CADRHU. Natal: EDUFRN, 1999. p. 186-213.

GARAY, Ângela Beatriz Sheffer. Reestruturação produtiva e desafios de qualificação: algumas considerações críticas. **READ**, ed. 5, v. 3, n. 1, maio/jun. 1997.

MORIN, Edgar. **A cabeça bem-feita**: repensar a reforma, reformar o pensamento. 8. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003.

PAGLIOSA, F. L.; DA ROS, M. A. O Relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Rev. Brasileira de Educação Médica**, v. 32, n. 4, p. 492-499, 2008.

SANTOS, Boaventura de Souza. **Renovar a teoria crítica e reinventar a emancipação social**. São Paulo: Boitempo, 2007.

SOUZA, A. M. de A. et al. Processo educativo nos serviços de saúde. In: SANTANA, J. P. de; CASTRO, J. L.de. **Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos em saúde**: CADRHU. Natal: EDUFRN, 1999. p. 245-260.

O processo educativo em saúde

Módulo

2



2.1 Introdução

No módulo anterior, você foi estimulado a compreender o contexto educacional na saúde, suas bases legais e instâncias de regulação. Além disso, foram analisados os processos de formação e preparação de trabalhadores em saúde nos níveis do ensino profissional, superior e nos serviços de saúde, com um enfoque para a Educação Permanente em Saúde. Essas etapas foram fundamentais para a aproximação ao cenário da ação educacional e as bases dessa ação.

Agora entraremos no campo da ação educativa propriamente dita. Portanto, o convite é para uma reflexão sobre os processos educativos nas instituições de saúde e, de forma articulada com os conteúdos trabalhados anteriormente, desenvolver um processo de elaboração de propostas educativas que contribuam com um novo fazer na educação em saúde.

Assim, os objetivos de aprendizagem deste módulo são:

- Compreender o processo de aprender e de ensinar, inseridos no cotidiano do trabalho, discutindo seus aspectos conceituais e metodológicos.
- Construir propostas pedagógicas consonantes com as demandas dos serviços de saúde, visando apoiar a gestão dos processos de educação permanente.

2.2 Aprendendo a construir um processo de capacitação

É de se esperar que os gestores ou os assessores da área de gestão do trabalho e da educação das instituições de saúde estejam preparados para responderem às várias demandas externas e internas que dizem respeito a sua área de competência. Para exemplificar, citaremos duas dessas demandas: a articulação com as instituições de ensino e a definição de uma política de educação permanente envolvendo suas várias etapas: planejamento, acompanhamento e avaliação.

Como atender essas demandas com conhecimento e de forma articulada com o processo de trabalho desenvolvido nos serviços de saúde?

Como apoiar os processos de educação permanente realizados pelos diferentes setores da instituição, de forma que aqueles possam estar sintonizados com as necessidades dos serviços?

Que tal agora fazer um exercício de construção e reconstrução de uma proposta educativa, para que você possa entender com mais profundidade o processo educativo e desenvolver melhor sua atuação como gestor do trabalho e da educação na saúde? Nesse sentido, convidamos você realizar algumas atividades.



Atividade

1

Passo 1:

A partir das necessidades de capacitação identificadas na sua instituição, escolha uma temática e elabore uma proposta educativa. Nesse momento, não se preocupe com os “erros” e “acertos”. A ideia é refletir como isso ocorre no seu cotidiano.

Passo 2:

Após a elaboração da proposta, reflita sobre as questões a seguir:

- A quem se destina a proposta?
- O papel do sujeito da aprendizagem está explicitado?
- Existe, claramente, uma relação entre os objetivos, os conteúdos (objeto) e a metodologia adotada?
- Qual o papel do professor/tutor?
- Como foi pensada a avaliação da aprendizagem?



Atenção

Lembre-se que esse é um exercício inicial. Se você não contemplou na sua proposta alguns desses aspectos acima referidos, não precisa incluir nesse momento, pois, mais à frente, iremos retomar esta proposta educativa.

Envie a proposta educativa para o seu tutor. Escreva, ao final dela, as suas observações sobre os pontos que não foram abordados por você.

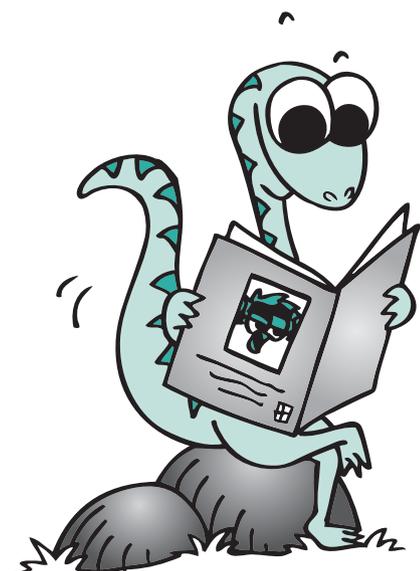
O exercício pode ser feito em grupo, discuta essa possibilidade com o seu tutor.

Por que é importante refletir sobre as questões sugeridas no **Passo 2 da Atividade 1**? Porque, em geral, pensamos que o processo educativo que ocorre nos serviços de saúde não precisa de um planejamento mais detalhado ou de uma sistematização das ações.

Devemos lembrar que as ações educativas nos serviços de saúde não devem se limitar às demandas verticalizadas dos programas governamentais. É preciso definir programas de educação permanente coerentes com as necessidades de cada instituição, e, para isso, é de fundamental importância a compreensão do planejamento educativo como ato político.

As propostas educativas também são consideradas atos políticos, porque expressam escolhas por concepções de educação, conscientes ou não, as quais estão relacionadas ao nosso modo de visualizar o mundo e aquilo que concebemos para a sociedade.

Assim, podemos dizer que a ação pedagógica não é neutra. Ela retrata a compreensão de um contexto social e político, e, ao elaborarmos uma proposta educativa, expressamos o quanto somos capazes de fazer algo pela transformação ou conservação da realidade na qual estamos inseridos.



Será que a assertiva acima não seria um bom começo para refletirmos sobre o baixo impacto de algumas capacitações realizadas nos serviços de saúde?

2.3 As tendências pedagógicas e os processos de capacitação



Educação formal

Atividade educativa intencional que se realiza nas escolas ou outras agências de instrução e educação.

Educação não formal

Atividade educativa intencional que se realiza fora do sistema escolar convencional.

Para uma melhor compreensão sobre o debate relacionado ao baixo impacto das capacitações realizadas nos serviços de saúde e fundamentação das questões apresentadas na **Atividade 1**, convidamos você, aluno/gestor, para fazer uma incursão sobre as tendências pedagógicas que influenciam a ação educativa na **educação formal** e **não formal** no cotidiano dos serviços de saúde.

Vale lembrar que existem vários autores que trabalham com diversas concepções pedagógicas. Na próxima atividade, vamos discutir algumas que estão mais presentes na ação educativa nos serviços de saúde.



Atividade

2

Leia o texto “**As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde**”, postado na biblioteca virtual. Em seguida, responda às questões:

- a) O que caracteriza as tendências pedagógicas não críticas e críticas?
- b) Como são considerados os sujeitos da aprendizagem nessas tendências?
- c) Qual o papel do educador em cada uma dessas tendências?
- d) Como se organizam os conteúdos e quais os métodos que predominam?
- e) Quais as formas de avaliação que se sobressaem em cada uma delas?
- f) Como o arco de Maguerez pode ser considerado na elaboração de uma proposta de capacitação?

Encaminhe as respostas para o tutor.



Biblioteca

Se desejar conhecer a abordagem de outro autor sobre esse tema, recomendamos a leitura do texto “**Alguns fatores pedagógicos**”, de Juan Bordenave, postado na biblioteca virtual do curso, na seção leitura complementar.

Perseguindo o nosso objetivo de discutir como se constrói propostas pedagógicas que atendam às necessidades dos serviços de saúde, apresentamos outras questões para você, aluno/ gestor, refletir:



Será que a proposta educativa formulada por você na **Atividade 1** se assemelha a algumas das tendências discutidas no texto “**As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde**”?

Em geral, as práticas educativas realizadas nos serviços de saúde têm se pautado em qual dessas tendências?

Agora que você é capaz de reconhecer as tendências pedagógicas não críticas e as críticas, suas diferenças e consequências na aprendizagem, vamos discutir sobre o processo de aprender e o de ensinar numa perspectiva reflexiva e transformadora?

Vimos, no texto sobre as tendências pedagógicas e a prática educativa, que nas **abordagens tradicionais** o que prevalece na ação educativa é o processo de ensinar no qual o professor domina o conhecimento e o repassa para os alunos, que, em geral, são considerados “caixas vazias” que precisam ser preenchidas com informações, ou seja, precisam acumular conhecimentos.

Já nas **abordagens críticas**, observamos, exatamente, o contrário: a preocupação está centrada no processo de aprender do aluno, e, para alcançar esse objetivo, o professor também precisa saber ensinar e dominar conhecimentos e

práticas, mas não para inculcar e, sim, para aproximá-lo, de forma dialógica ao conhecimento, favorecendo, dessa forma, o aprendizado do aluno.

Desse modo, podemos dizer que, embora em toda a ação educativa envolva o processo de ensinar e o processo de aprender, eles podem se distanciar ou se complementarem, dependendo da opção pedagógica adotada no momento do planejamento educativo. Segundo Masetto (2003, p. 36), “a ênfase num ou noutro fará com que os resultados da integração ou correlação dos dois processos sejam completamente diferentes”.

Quando a ação educativa **está centrada apenas no processo de ensinar**, a preocupação do professor envolve as seguintes questões:

- O que ensinar e como ensinar? Nesse momento, pensamos no conteúdo a ser ensinado e no conjunto de técnicas a serem utilizadas.
- E o aluno como aparece? Como receptor, assimilador, repetidor. Ele só reage em resposta a alguma ordem ou pergunta do professor.
- Pensar desse modo a ação educativa envolve um determinado paradigma.
- Qual o paradigma que norteia as tendências não críticas, principalmente, a pedagogia tradicional?



Reflexão

Você acha que o paradigma das tendências não críticas é o mais apropriado para nortear os processos de capacitação dos trabalhadores dos serviços de saúde?

Então, que tal pensar a ação educativa norteadas por outro paradigma? Como? Repensando a ação educativa, tendo como foco o processo de aprender.

Quando falamos de processo de aprendizagem, nos referimos a um processo de crescimento e desenvolvimento de uma pessoa, em sua totalidade, envolvendo três dimensões fundamentais: humana, político-social e técnica.



Reflexão

O que ocorre quando o foco da ação educativa está centrado no processo de aprender?

Ao centrarmos a ação educativa no processo de aprender, estamos considerando o sujeito da aprendizagem como construtor do seu conhecimento.

Assim, é preciso considerar o aprendiz como um ser dotado de ideias, sentimentos, cultura, valores e inserido num contexto social, e, portanto, com experiências profissionais e pessoais pregressas que precisam ser consideradas para que a aprendizagem seja significativa.

Conforme Masetto (2005), a aprendizagem precisa ser significativa para o aprendiz, isto é, precisa envolvê-lo como pessoa, como um todo, com suas ideias, inteligência, sentimentos, cultura, profissão, sociedade. Segundo esse autor, esse processo exige que:

- a)** A aprendizagem do novo se faça a partir do universo de conhecimentos, experiências e vivências anteriores dos alunos.
- b)** Se dê importância a motivar e a interessar o aluno pelas novas aprendizagens com uso de estratégias apropriadas.
- c)** Haja incentivos para a formulação de perguntas e questões que, de algum modo, digam respeito ao aprendiz.
- d)** Seja permitido ao aprendiz entrar em contato com situações concretas e práticas de sua profissão e da realidade que o envolve.
- e)** O aprendiz assuma o processo de aprendizagem como seu e possa fazer transferências do que aprendeu para outras situações profissionais e da vida.

Você, aluno/gestor, já tinha pensado sobre isso?

Na verdade, quando o foco da ação educativa está centrado no processo de aprender, a preocupação se direciona para os sujeitos da aprendizagem. Dessa forma, as questões do professor envolvem outros elementos, tais como:

- O que significa aprender?
- Quem são os sujeitos da aprendizagem?
- Como esses sujeitos aprendem? O que eles precisam aprender?
- Quais estratégias facilitam o aprendizado?
- Como organizar os conteúdos de forma que facilitem o aprendizado?
- Como estabelecer a relação entre teoria e prática?

Assim, para compreender esses elementos, vamos discutir, agora, o que é o processo de ensinar e de aprender. A ideia é ajudar a você, aluno/gestor, a repensar sobre as propostas de capacitação dos serviços de saúde.

2.4 O processo de ensinar e de aprender

Para você, o que é mesmo ensinar? E o que é aprender?

Essas são perguntas que parecem ter respostas simples, entretanto, merecem a busca de uma fundamentação nos autores que estudam o assunto e que contribuem para esse entendimento.

Segundo Masetto (1997), ensinar diz respeito a: instruir, comunicar conhecimentos, mostrar, conduzir, guiar, orientar, desenvolver habilidades. Percebam que a ação está direcionada ao ensinante, em suas qualidades e habilidades. Portanto, o ensino centraliza-se na figura do professor.

Para Libâneo (1983), aprender é um ato de conhecimento da realidade concreta (situação real vivida pelo educando), que ocorrerá por meio de uma aproximação crítica dessa realidade. O que é aprendido não decorre da imposição ou memorização mecânica, mas do processo de compreensão, reflexão e crítica.

Então, o aprender envolve: refletir sobre as experiências anteriores; buscar informações; adquirir conhecimentos; desenvolver habilidades; adaptar-se às mudanças; descobrir os sentidos das coisas, dos fatos, dos acontecimentos, do mundo no qual se insere.

Percebem a diferença entre o ensinar e o aprender?

Anastasiou (1998) chama a atenção para a articulação entre o processo de aprender e de ensinar ao que ela denominou de “ensinagem”. Termo usado, então, para indicar uma prática social complexa efetivada entre os sujeitos, professor e aluno, englobando tanto ação de ensinar quanto a de apreender, numa parceria entre professor e alunos, condição fundamental para o enfrentamento do conhecimento, necessário à formação do aluno.

Você concorda com a necessária articulação entre o processo de aprender e o de ensinar?

Agora, convidamos para outro momento de reflexão que contribuirá para esse entendimento.

Problematizando

- Quando você elaborou a proposta educativa, na **Atividade 1**, pensou na relação estreita entre aprender e ensinar ou pensou apenas no processo de ensinar?
- Percebeu que o processo de aprender vai além do acúmulo de informações e de conhecimentos?

Visando compreender melhor o processo de aprender e de ensinar e a necessidade de integração desses dois processos, que na ação educativa precisam interagir e se complementarem, vamos realizar a **Atividade 3**:



Atividade

3

1

Faça a leitura do texto “**Do Processo de Aprender ao de Ensinar**”, postado na biblioteca virtual.

2

Após a leitura do texto, confronte os conceitos apreendidos com a proposta educativa elaborada na Atividade 1 e responda às seguintes questões:

- a) O conceito de aprendizagem que sustenta a sua proposta está coerente com a discussão apresentada no texto?
- b) Todos os elementos do processo ensino-aprendizagem foram considerados na sua proposta?
- c) Você considerou a forma de aprender dos sujeitos da aprendizagem?
- d) A organização dos conteúdos garante a relação entre teoria e prática?
- e) Qual o papel do professor na proposta elaborada?

Envie as respostas para seu tutor.

Ao considerar o processo de aprender, a ação educativa deve estar centrada no sujeito de aprendizagem. Isso impõe uma responsabilidade pelo desenvolvimento de habilidades profissionais e humanas e pelo reconhecimento de valores e experiências que estimulem aos alunos a construção do seu aprendizado. Ou seja, significa trabalhar à luz do paradigma que dá sustentabilidade às teorias críticas.

Um dos referenciais importantes das teorias críticas é a pedagogia Freiriana. Nela, Paulo Freire propunha um método de conhecer que permitisse ao sujeito mais que ler e escrever – uma proposta de educação que visava à libertação de homens e de mulheres, enquanto seres históricos.



Reflexão

Você conhece algo sobre a pedagogia de Paulo Freire? Sabia que ela foi criada dentro de um contexto não formal de educação, e só depois é que foi utilizada em algumas experiências no ensino formal?

Na verdade, Freire fazia uma crítica a pedagogia tradicional, a qual denominava de educação bancária, e defendia uma educação crítica, dialógica, democrática e transformadora.²

²Para conhecer mais sobre a pedagogia de Paulo Freire, visite o site: <http://www.paulofreire.org.br>.

Paulo Freire foi um marco na educação brasileira e no mundo. Por meio de seu método, ele deu um novo significado à educação. Para ele, não existe um sujeito que ensina e outro que aprende, pois “ninguém educa ninguém, ninguém se educa a si mesmo, os homens se educam entre si, mediatizados pelo mundo” (FREIRE, 1981, p.79).



Saiba mais

As primeiras experiências do Método Paulo Freire começaram no Nordeste. Isso mesmo! A experiência ocorreu na cidade de Angicos, Rio Grande do Norte, em 1962, onde 300 trabalhadores foram alfabetizados em 45 dias. No ano seguinte, o educador foi convidado pelo então presidente João Goulart para repensar a alfabetização de adultos em âmbito nacional. Porém, o Golpe Militar de 1964 interrompeu os seus trabalhos.

Vimos, até o momento, que a prática educativa norteadas pelas teorias críticas é a mais adequada aos processos de capacitação para os serviços de saúde, por possibilitarem mudanças na educação dos profissionais de saúde que, por sua vez, podem induzir mudanças em suas práticas.

Nesse sentido, na área da saúde, dois métodos inovadores de ensino, baseados nos princípios das teorias críticas, têm merecido destaque: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas (ABP).

Você já participou de algum processo de capacitação que utilizou alguns desses métodos de ensino?

A problematização e aprendizagem baseada em problemas, embora se constituam em propostas distintas, contribuem para rever o processo de ensino-aprendizagem: a problematização, voltando-se para a construção do conhecimento no contexto de uma formação crítica, tomando a realidade do aluno como cenário; e a ABP, voltando-se para os aspectos cognitivos do processo de construção de conceitos e apropriação dos mecanismos básicos da ciência, por meio de estudo de problemas estruturados.

Tanto a problematização como a ABP levam a rupturas com a forma tradicional de ensinar e aprender, estimulando a gestão participativa dos protagonistas da experiência e a reorganização da relação teoria/prática.



Saiba mais

Para conhecer as possibilidades e limitações de cada uma dessas propostas, recomendamos a leitura do texto intitulado “**Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problema**”, postado na biblioteca virtual, na seção de leitura complementar.

2.5 Aprendendo a reconstruir processos de capacitação

Agora chegou o momento de rever a sua proposta construída na **Atividade 1** deste módulo, à luz do conhecimento incorporado na trajetória percorrida até aqui, na perspectiva de reconstruí-la.

Você lembra que, conforme Davini, no texto sobre o processo de aprender e de ensinar, a aprendizagem ocorre por idas e vindas e sucessivas aproximações ao objeto? Então, a partir desse momento, vamos fazer várias aproximações à proposta de capacitação que você elaborou e, levando em consideração as reflexões desenvolvidas no decorrer deste módulo, fazer a sua reconstrução.



Atenção

Um lembrete importante: Nesse processo de reconstrução, você será levado a desconstruir saberes/práticas de experiências acumuladas e agregar novos conhecimentos, portanto, é um exercício que exige abertura para a desconstrução, na perspectiva de uma nova construção.

Alguns pontos que não devem ser esquecidos:

- Conhecer o perfil dos participantes (formação, experiências anteriores, inserção social e profissional, habilidades).
- Ter claro o conceito de aprendizagem que sustentará a proposta.

- Direcionar os objetivos para os sujeitos da aprendizagem.
- Selecionar e organizar os conteúdos seguindo uma lógica sequencial e integrada.
- Escolher estratégias de ensino que facilitem a apreensão do objeto da aprendizagem.
- Possibilitar a integração teoria-prática e ensino-serviço.
- Considerar a avaliação como elemento da aprendizagem.
- O planejamento da execução administrativa da proposta de capacitação.

Nessa reconstrução, propomos que considerem os princípios da pedagogia da problematização, principalmente o Arco de Maguerez e as orientações da organização de uma proposta educativa integrada.

Você acha que é uma tarefa complexa?

Levando em consideração suas experiências anteriores tradicionais, realmente não é uma tarefa fácil. Porque, ao sermos desafiados a pensar numa nova perspectiva, em relação ao processo ensino-aprendizagem, temos que iniciar um processo de ruptura com valores, tradições e uma prática, muitas vezes, consolidada e cristalizada nas nossas mentes.

Lembra que a pedagogia da problematização já foi objeto de estudo neste módulo?

Para melhor compreensão dessa pedagogia, a autora do texto sobre tendências pedagógicas recorre ao Método do Arco de Maguerez. Nele, o aluno tem como ponto de partida e de chegada a realidade, ou seja, usa a realidade para aprender com ela, ao mesmo tempo em que se prepara para transformá-la.

A organização de uma proposta educativa integrada busca superar a fragmentação dos saberes e práticas, na perspectiva de um conhecimento integralizado e inter-relacionado. Dessa forma, os conteúdos devem estar articulados entre si e com o contexto dos serviços de saúde.

E, agora, que tal dar continuidade à reconstrução da proposta de capacitação exercitando o aprendizado acumulado até o momento?



Atenção

A proposta de capacitação, ao ser elaborada, se configura como um documento escrito que expressa ideias e intenções planejadas a serem viabilizadas posteriormente, assim, deve ter uma apresentação clara e diretiva embasada por pressupostos teóricos e metodológicos.

Mas, quais são os componentes de uma proposta de capacitação?

Considerando a aprendizagem como um processo intencional, ela deve contemplar os seguintes elementos:

- Identificação.
- Objetivos.
- Conteúdos.
- Estratégias de aprendizagem.
- Avaliação.
- Bibliografia.
- Cronograma de execução.

Para facilitar a reconstrução da proposta, vamos seguir passos estruturados ao longo **da Atividade 4**.

Na identificação da proposta, devemos deixar clara a qual atividade se refere (curso, seminário, oficina); quem são os sujeitos envolvidos (clientela, público alvo, sujeitos da aprendizagem, docentes responsáveis, coordenação e monitoria (se for o caso); carga horária; local ou espaço de aprendizagem; período; horário, entre outros.



Na sua proposta de capacitação, todos os aspectos necessários a uma identificação adequada estão explicitados?

Em relação aos objetivos: não esqueça que eles devem expressar os resultados esperados. É importante destacar que podem ser divididos em: objetivos gerais e objetivos específicos. Os objetivos gerais são mais amplos, complexos e representam a mudança esperada ao final da atividade educativa. Os objetivos específicos devem ser diretos, concisos, claros e de fácil compreensão, e devem estar direcionados ao sujeito da aprendizagem. Tanto um como outro deve ser exequível.

Os objetivos podem ser classificados em três categorias:

- Objetivos de conhecimento – como o próprio nome induz, diz respeito aos conhecimentos a serem trabalhados com o aluno (princípios, leis, teorias, fatos, conceitos etc.). Estão vinculados ao processo de aprender a conhecer.
- Objetivos de habilidades – desenvolvimento das capacidades intelectuais, afetivas, psicomotoras, sociais e políticas. Vinculados ao aprender a fazer.
- Objetivos de atitudes – dizem respeito ao aprender a ser, que envolve: valoração, crença, relação interpessoal, comunicação, criatividade, capacidade crítica etc.

Como foram definidos os objetivos da sua proposta de capacitação?

Para quem eles estão direcionados?



Atividade

4

Passo 1:

Você deve retomar a sua proposta de capacitação e revisar a identificação e os objetivos propostos.

Encaminhe para seu tutor e discuta com ele essa reelaboração

Dando continuidade aos elementos da proposta de capacitação, iremos agora discutir sobre os conteúdos.

Eles se referem aos temas ou assuntos a serem trabalhados na atividade educativa. Devem estar articulados aos objetivos, serem atualizados e relacionados à realidade dos sujeitos da aprendizagem.

Cada conteúdo possui uma lógica interna que precisa ser apreendida para que possa ser objeto de aprendizagem. Na sua organização, devem seguir uma ordem: do particular para o geral; do simples para o complexo e do concreto para o abstrato.

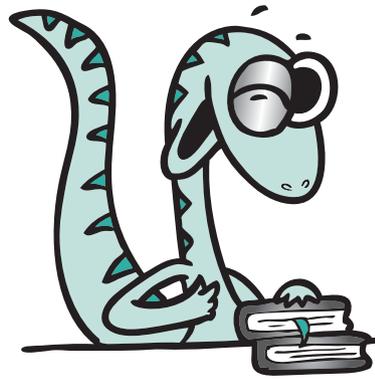
De acordo com Zabala (1999), os conteúdos podem ser:

- Factuais.
- Procedimentais.
- Atitudinais.

Os factuais se referem ao conhecimento de fatos, acontecimentos, situações, fenômenos concretos e singulares, às vezes, menosprezados, mas indispensáveis, e cuja aprendizagem é verificada pela reprodução literal.

Os procedimentais dizem respeito a um conjunto de ações ordenadas e com um determinado fim, incluindo regras, técnicas, métodos, destrezas, habilidades e procedimentos.

E os atitudinais dizem respeito aos valores, atitudes e normas; implica conhecimento, avaliação, análise e elaboração; a aprendizagem de conceitos (conjunto de fatos, objetos ou símbolos) e princípios (leis e regras que se produzem num fato, objeto ou situação).



Como foram selecionados os conteúdos da sua proposta de capacitação?

Entretanto, vale salientar que, para que toda essa lógica de aprendizagem seja apreendida pelo sujeito de aprendizagem, o professor/tutor deve escolher e aplicar uma metodologia, que se operacionaliza em estratégias selecionadas que sejam adequadas aos objetivos e aos conteúdos do objeto de ensino.

Aqui estamos falando de estratégias como todos os meios utilizados para facilitar a aprendizagem que englobam desde a organização do espaço, as técnicas (aula expositiva, estudo em grupos, dramatizações etc.) até os recursos tecnológicos (lousa, vídeos, retroprojeter, bonecos de mamulengo etc.).

As estratégias visam à consecução de objetivos e devem estar relacionados, também, aos conteúdos. Então, selecionar as estratégias mais adequadas aos objetivos é contribuir para a aprendizagem. Por exemplo, se os objetivos exigem o desenvolvimento de habilidades, não podemos usar a técnica de aula expositiva. Vamos ter que buscar estratégias que contribuam para os alunos desenvolverem suas habilidades.

Repensar as estratégias de ensino não é tarefa das mais fáceis, pois, historicamente, estamos habituados a trabalhar numa perspectiva tradicional na qual a aula expositiva sempre foi uma escolha predominante. Contudo, conforme viemos estudando nessa etapa do curso, a ideia é trabalhar a ação educativa numa outra perspectiva: a problematizadora.



Reflexão

- Como foram definidas as estratégias de aprendizagem da sua proposta de capacitação?
- Quais foram elas?

Para ajudá-los na definição de estratégias de aprendizagem mais adequadas, vamos recorrer a Anastasiou e Alves (2004), que, certamente, contribuirão para um novo olhar em relação às estratégias como elemento importante a proposta educativa.



Atividade

5

Retomando a Atividade 4, Passo 2:

- 1 Leia o texto “*Ensinar, aprender, apreender e processos de ensinagem*”.
- 2 Ao concluir a leitura, retorne a sua proposta de capacitação e faça os reajustes necessários nos conteúdos e estratégias utilizadas. É importante verificar a coerência existente entre esses elementos e os objetivos que foram repensados nesse processo de reconstrução.

Encaminhe para seu tutor e discuta com ele essa reelaboração.

Na sua proposta de capacitação, foi prevista alguma forma de avaliação?

A avaliação é um dos elementos da aprendizagem que tem se configurado no maior desafio do processo educativo. Em geral, é usada como sinônimo de prova para testar aquilo que o sujeito da aprendizagem não sabe.

Vamos lembrar que para o processo de aprendizagem ocorrer é preciso que exista a intenção de ensinar e a intenção de aprender, sendo que essa última deve ser estimulada pelo professor. Assim, a ação educativa envolve essa dupla dimensão: a intenção e a expressão dos resultados.

- A não apropriação do conhecimento é uma responsabilidade única do sujeito da aprendizagem?
- Se grande parte dos alunos não alcançar êxito em suas avaliações, pode-se deduzir que é porque os ensinamentos são inalcançáveis? Ou o professor, mesmo tendo a intenção de ensinar, não atingiu o seu papel de facilitador da aprendizagem? Ou será que o professor usa a avaliação de forma inadequada?
- Mas, como se dá cotidianamente a prática avaliativa? O que entendemos por avaliação? O que é avaliar?

Avaliar vem do latim *a + valere*, que significa atribuir valor e mérito ao objeto em estudo. Nesse sentido, avaliar é atribuir um juízo de valor sobre a propriedade de um processo para a aferição da qualidade do seu resultado.

A avaliação da aprendizagem não tem sentido próprio, ela só adquire sentido no processo educativo. Assim, o entendimento de avaliação assume diferentes nuances, dependendo da concepção que se tem do processo de aprendizagem.

Mas, em geral, a compreensão de avaliação do processo ensino/aprendizagem tem sido pautada pela lógica da mensuração, isto é, associa-se o ato de avaliar ao de “verificar” e “medir” os conhecimentos adquiridos, ou seja, destina-se mais aos resultados do que ao processo de aprendizagem.

Segundo a crítica que Luckesi (1991) faz a esse respeito, a simples verificação da aprendizagem termina quando se obtém a informação se o sujeito da aprendizagem adquiriu o conhecimento ou não. Assim, os resultados não são discutidos para oportunizar a recuperação do não aprendido. Isso não pode ser entendido como avaliação.



Reflexão

Essa forma de avaliar, mencionada por Luckesi, tem alguma semelhança com os processos avaliativos das capacitações que ocorrem nos serviços de saúde?

Quando a avaliação acompanha o processo de aprendizagem, os seus métodos de avaliação valorizam todas as atividades que se realizam durante o processo educativo, e as técnicas avaliativas são selecionadas a partir dos objetivos da aprendizagem, levando em consideração o processo de aprender dos alunos.

Portanto, a avaliação deve estar aliada ao processo de aprender como parte integrante de um planejamento de ensino, que tem como base o incentivo e a motivação para a aprendizagem permanente.

Desse modo, Masetto (2003) nos chama atenção para as características de um processo de avaliação que considere a complexidade do processo de aprendizagem. São elas:

- Estar integrado ao processo de aprendizagem como elemento de motivação.
- Essa integração se dará pelo acompanhamento do aluno em todas as etapas do processo de aprendizagem, não só nos sucessos, mas, principalmente, nos tropeços. E quando esses ocorrem, a informação não pode vir em forma de nota e, sim, por meio de atividades que recuperem o aluno e estimulem seu progresso.

O autor complementa a ideia de avaliação como processo e não como produto, nos alertando para algo que nem sempre percebemos como importante: o processo de avaliação que procura oferecer elementos para verificar se a aprendizagem está ocorrendo ou não deve contemplar não só o desempenho do aluno, mas deve incluir, também, a avaliação do professor e da adequação do plano aos objetivos propostos.



Atividade

6

Retomando a Atividade 4, Passo 3

Retome, mais uma vez, a sua proposta pedagógica e revise as formas de avaliação pensadas inicialmente, adequando-as aos novos objetivos e incorporando os pressupostos aqui discutidos.

Encaminhe para seu tutor e discuta com ele essa reelaboração.

Parabéns! Você percorreu passo a passo a reconstrução da sua proposta de capacitação, vivenciando o Método do Arco de Maguerz. O ponto de partida foi a proposta de capacitação, que foi revista a partir das reflexões e fundamentação teórica. Após isso, modificamos esta proposta adequando-a às novas orientações, tornando-a mais objetiva e articulada. Mas não pense que esse exercício, por

si só, dá conta de todas as mudanças necessárias aos processos de capacitação desenvolvidos no âmbito dos serviços de saúde. Ele propicia o fortalecimento das asas, mas, para romper o casulo, precisa querer voar.

Desse modo, em primeiro lugar, precisa que você, aluno/gestor, se disponha a mudar e se abrir para novas concepções de mundo, de educação e do processo de aprender. Em segundo lugar, esse é um movimento que não se deve fazer de forma isolada. É necessário buscar o exercício de experiências coletivas que possibilitem a socialização das dificuldades iniciais e fortaleçam um novo aprendizado.

Finalizando, vamos cumprir a última atividade do módulo, que sintetiza os passos anteriores complementados por um plano de execução.



Atividade

7

Fórum: A educação nos serviços de saúde: papel do gestor

Considerando as discussões realizadas nesta unidade, debata sobre o papel do gestor do trabalho e da educação na saúde, no que diz respeito a todos os aspectos que envolvem a qualificação da força de trabalho da instituição.



Fórum



Resumo

Neste módulo, você percorreu caminhos pedagógicos que lhe permitiu estudar o tema do processo educativo nos serviços de saúde, enfocando, mais diretamente, a prática pedagógica, tendo como pressuposto a importância do empoderamento dessas questões pelo do gestor para a tomada de decisões relacionadas ao assunto. Você realizou exercícios por meio dos quais foi possível construir e reconstruir ações educativas permeadas pela experiência cotidiana, por reflexões críticas, pela fundamentação teórica e por debates coletivos. Com isso, você elaborou a proposta de capacitação que incorporou a vivência de cada aluno/gestor, seguida de reflexões e estudos acerca dos aspectos conceituais e metodológicos do processo de ensinar e de aprender. Por fim, você revisou a proposta elaborada, incorporando novos conhecimentos, na perspectiva da opção por métodos pedagógicos mais eficientes e adequados aos serviços de saúde, como, também, visando fortalecer o apoio à gestão dos processos de educação permanente.

Atividade final

- 1** Faça uma revisão geral da proposta de capacitação reconstruída, ajustando as modificações feitas anteriormente. Não se esqueça de solicitar o apoio do seu tutor para retirar dúvidas!
- 2** Em seguida, acrescente um plano de execução que contemple:
 - Cronograma.
 - Disponibilidade de recursos.
 - Atividades preparatórias.
 - Providências necessárias (clientela, local, apoio didático, apoio logístico, articulações/divulgação), entre outras.

Ao final, encaminhe a atividade reconstruída passo a passo, agora já finalizada, para seu tutor.

Referências

ANASTASIOU, L. G. C. **Metodologia do Ensino Superior**: da prática docente a uma possível teoria pedagógica. Curitiba: IBPEX, 1998. p. 193-201.

ANASTASIOU, Léa das Graças Camargo; ALVES, Leonir Pessate (Org.). **Processos de ensinagem na Universidade**: pressupostos para as etapas de trabalho em aula. Univille: Joinville, 2004.

BORDENAVE, J. E. D. Alguns fatores pedagógicos. In: SANTANA, J. P. de; CASTRO, J. L.de. **Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos em saúde**: CADRHU. Natal: EDUFRN, 1999. p. 261-268.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Portaria nº 2.200 de 14/09/2011**.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

CYRINO, E. G.; TORALLES-PEREIRA, M. L. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 780-788, maip/jun. 2004.

DAVINI, M. C. Do processo de aprender ao de ensinar. In: SANTANA, J. P. de; CASTRO, J. L.de. **Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos em saúde**: CADRHU. Natal: EDUFRN, 1999. p. 269-275.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. 32. ed. Rio de Janeiro: Ed Paz e Terra, 1981.

LIBÂNEO, J. C. Tendências pedagógicas na prática escolar. **Revista da Associação Nacional de Educação**, ANDE, n. 3, p. 11-19, 1983.

LUCKESI, C. C. **Filosofia da Educação**. São Paulo: Cortez, 1991

MASETTO, Marcos Tarcísio. **Didática**: a aula como centro. 4. ed. São Paulo: FTD, 1997.

_____. **Competências Pedagógica do Professor Universitário**. São Paulo: Summus, 2003.

_____. **Docência universitária**: repensando a aula. Disponível em: < www.escoladavida.eng.br/ anotacaoopu/Formacao > . Acesso em: 17 nov. 2005.

PEREIRA, Adriana Lenho de Figueiredo. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p. 1527-1534, set./out. 2003.

ZABALA, Antoni. **Com trabalhar os conteúdos procedimentais em aula**. 2.ed. Porto Alegre: Artes Médicas,1999.

Grasiela Piuvezam

UNIDADE IV

Metodologia da pesquisa



Apresentação

Olá, aluno. Esta unidade tem como propósito fornecer instrumentos para que você, estudante, possa construir um **projeto de intervenção** exequível, na área da gestão do trabalho e da educação na saúde, como parte integrante do processo de formação. Para tanto, torna-se fundamental considerar a realidade vivenciada por cada um em seu contexto de trabalho.

Assim sendo, com o objetivo de otimizar a realização dos seus estudos e das atividades, organizamos esta unidade didática em quatro módulos que estão relacionados às competências que ela pretende desenvolver:

- **Módulo 1:** Mas o que é Ciência, mesmo?
- **Módulo 2:** Mãos à obra: construindo um projeto de intervenção
- **Módulo 3:** Ufa! Quase pronto! A organização final do trabalho por meio do processo de normalização

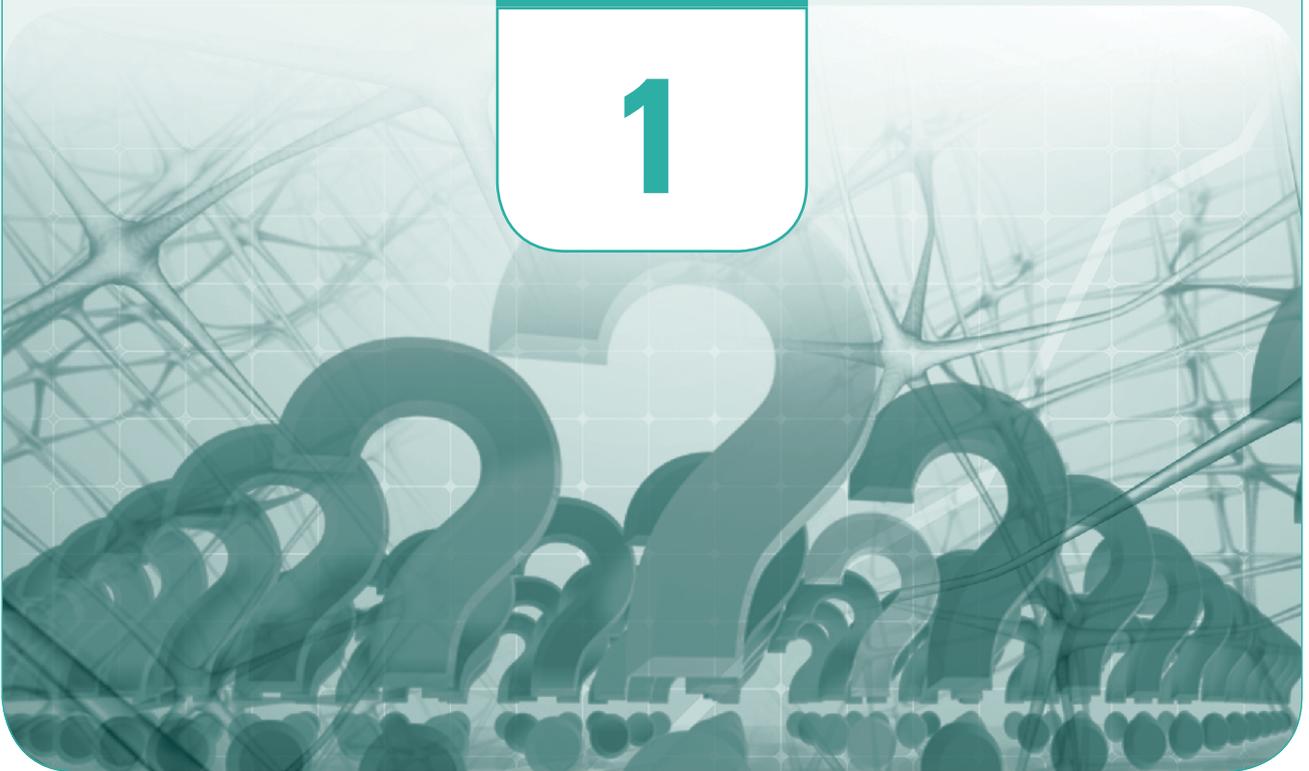
Nesse sentido, apresentam-se os seguintes objetivos de aprendizagem:

- 1) Compreender a importância do conhecimento científico, sobretudo como instrumento para a melhoria nas práticas do trabalho em saúde.
- 2) Desenvolver o raciocínio científico durante o processo de construção do **projeto de intervenção**.
- 3) Realizar pesquisas bibliográficas em bibliotecas virtuais.
- 4) Realizar uma reflexão crítica sobre a produção científica por meio da leitura de artigos científicos e textos técnicos.
- 5) Proceder à normatização do trabalho científico por meio das normas de Vancouver.
- 6) Produzir um **projeto de intervenção** a partir de uma problemática identificada na prática.

Mas o que é Ciência, mesmo?

Módulo

1



1.1 Introdução

Os trabalhos acadêmicos, independente da sua natureza, seja pesquisa ou intervenção, demandam normas e regras que permitam a sistematização das ideias a serem desenvolvidas no formato de um projeto. Assim, as orientações metodológicas servem para orientar o desenvolvimento e a construção de um projeto.

Neste módulo, você terá a oportunidade de conhecer um pouco mais o passo a passo metodológico que facilitará a elaboração do projeto, além de possibilitar, a cada um, momentos de reflexão sobre a ciência moderna.

A estrutura de desenvolvimento do módulo será composta de três temas que seguem articulados entre si e compostos por informações e exercícios, que buscam atingir os objetivos acima descritos.

- 1) A caracterização e o histórico da ciência moderna.
- 2) O processo de construção do projeto de intervenção.
- 3) O processo de normalização de um trabalho científico.

1.2 Considerações iniciais

O ser humano é um curioso em essência. Imagine uma criança em tenra idade, imersa no seu processo de descobrir o mundo e todas as suas possibilidades. Imaginou? Pois é, essa característica está atrelada ao fato de sermos seres racionais.

Em nosso cotidiano, observamos que para melhorar a qualidade de vida das pessoas e a relação dos seres humanos com o meio ambiente é necessário estarmos em busca constante por novas soluções diante dos problemas que se apresentam. Especificamente na área da saúde, buscamos sempre as melhores formas para prevenir, diagnosticar, controlar e tratar as doenças, visando garantir a sobrevivência da nossa espécie (VIEIRA; HOSSNE, 2001).

A ciência, portanto, busca compreender a realidade de maneira racional, descobrindo as relações universais e necessárias entre os fenômenos, o que permite prever acontecimentos e, conseqüentemente, também agir sobre a natureza. Para tanto, a ciência utiliza métodos rigorosos e atinge um tipo de conhecimento sistemático, preciso e objetivo (ARANHA; MARTINS, 1992).

Esse conceito de ciência expressa o nosso pensamento contemporâneo, mas nem sempre foi assim, ou será que foi? Convido vocês para um rápido passeio pela história da evolução do pensamento humano ocidental.

Podemos iniciar nossa viagem por meio dos povos primitivos, que viveram há cerca de 10.000 a 5.000 anos a.C. e desenvolveram o pensamento mítico. O mito entre esses povos era uma forma que desenvolveram para encontrar seu lugar na natureza entre os demais seres, além de ser um *mecanismo capaz de explicar os fatos que aconteciam na natureza*. O pensamento mítico está, portanto, vinculado à magia, ao desejo de que as coisas aconteçam de um determinado modo. Esse pensamento origina os rituais, e estes se transformam nos meios de proporcionar os acontecimentos desejados, assim, o ritual pode ser considerado como o mito tornado em ação (ARANHA; MARTINS, 1992).

Na Grécia Antiga, no século VI a.C., nasce o pensamento filosófico que é caracterizado por ser crítico e reflexivo. O filósofo teorizava sobre todos os assuntos, procurando responder não só **ao por que das coisas**, mas, também, ao **como**, ou seja, ao funcionamento das coisas. Nesse momento da história, a filosofia englobava tanto a indagação filosófica propriamente dita, quanto o que chamamos hoje de conhecimento científico. Portanto, a ciência formava um corpo único com a filosofia, não havendo a preocupação em distinguir doutrina filosófica de teoria científica, no sentido que hoje se dá aos termos (ARANHA; MARTINS, 1992).

Na Idade Média, a ciência encontrava-se sob influência da Igreja Católica. A autoridade da Igreja impunha sua doutrina como verdade que não podia ser discutida. A ciência, neste período, acumulou pouco conhecimento, fato que permite chamar esse período de “Idade das Trevas”. A ciência que se desenvolveu foi a escolástica e sua finalidade principal era demonstrar a verdade da doutrina da Igreja Católica e *explicar o fenômenos da vida e da natureza* por meio dessa lente. A Igreja, temendo perder sua autoridade, reprimia toda ideia que poderia traçar novos caminhos para a ciência, impedindo seu livre desenvolvimento. Entretanto, alguns sábios medievais se lançaram em busca de explicações para os fenômenos do universo e conseguiram alguns avanços em áreas como a metodologia científica e a física (PRIMON et al, 2000).

O desenvolvimento do pensamento científico acontece a partir do século XVI, através do Renascimento, período em que se renovou o interesse pela investigação da natureza. Esse período foi marcado pela separação entre fé e razão, fato que levou ao desenvolvimento do método científico para o estudo das ciências naturais, pelo estabelecimento do antropocentrismo colocando a razão humana como fundamento do saber e pelo desenvolvimento de um saber ativo (em oposição ao saber contemplativo) que leva à experimentação por meio do desenvolvimento de técnicas para a transformação da natureza (ARANHA; MARTINS, 1992).

Assim, a ciência que se desenvolveu no Renascimento enfatizava a lógica e o empirismo, **buscando compreender a natureza como um sistema coerente de leis que poderiam ser explicadas através da razão**. Diversos pensadores e

cientistas destacam-se nessa época, como Nicolau Copérnico (1473 – 1543), que foi o primeiro a afirmar que a Terra girava em torno do Sol. Outro grande nome foi Galileu Galilei (1564-1641), que, embora afirmasse o mesmo que Copérnico, foi obrigado pela inquisição a negar sua teoria (PRIMON et al, 2000).

Na Idade Moderna, se estabelece o racionalismo, que tem como um importante representante o francês René Descartes, que busca o fundamento do verdadeiro conhecimento e, para tanto, estabelece **a dúvida** como método de pensamento rigoroso. Em 1637, o autor publica “**O discurso do Método**” (DESCARTES, 1980), que tem como subtítulo do primeiro capítulo a seguinte oração: “para bem conduzir a própria razão e procurar a verdade nas ciências”, o que expressa claramente a intenção da obra. Nesse livro, então, o autor estabelece a necessidade do método para garantir que a representação corresponda ao objeto representado.

A partir dessa publicação, torna-se claro para a ciência a necessidade de estabelecer parâmetros adequados e sistemáticos para a condução dos estudos científicos, pois, de acordo com Descartes (1980), o método nas ciências deve garantir que as coisas sejam representadas corretamente, sem risco de erro; haja controle de todas as etapas das operações intelectuais; e haja a possibilidade de serem feitas deduções que levem ao progresso do conhecimento. Nessa perspectiva, pode-se afirmar que a partir desse momento na história ocidental houve um grande avanço em todas as áreas da ciência, da física até a medicina, da filosofia à matemática, com o surgimento de inúmeras teorias, novas descobertas e o desenvolvimento de muitas técnicas que objetivaram melhorar a vida das pessoas.

A Idade Contemporânea iniciou-se no século XIX e também foi marcada pela valorização da ciência e do método científico. Destaca-se o nascimento do positivismo de Augusto Comte, que apregoava que a humanidade teria passado por estádios sucessivos (teológico e metafísico) até chegar ao ponto superior do processo, caracterizado pelo conhecimento positivo ou científico. Ressalta-se a tecnocracia como uma das consequências desse cientificismo, em que apenas teria a capacidade de decisão o técnico competente, portanto, nessa perspectiva, “saber é poder”.

Ademais, esse período também se caracterizou por grande desenvolvimento de todos os ramos da ciência e o surgimento das sociedades científicas especializadas. A ciência também passou a ter um aspecto mais público, conforme as conferências e os livros científicos foram se tornando mais populares, mostrando às pessoas a importância da ciência na vida diária.

Esse intenso desenvolvimento da ciência e, conseqüentemente, do pensamento humano ocidental não esteve desvinculado de um processo de autoanálise, proporcionado pela filosofia, no sentido de questionar a ideologia do progresso. Assim, a filosofia convoca o homem da ciência, o cientista, a refletir acerca da responsabilidade social do desenvolvimento, a indagar a respeito dos fins a que se destinam suas descobertas. A obra abaixo, do pintor Francisco de Goya (1799), representa, por meio da arte, essa preocupação filosófica de que “a razão precisa

estar desperta para identificar se os fins da ciência e da técnica estão a serviço da humanização ou da alienação” (ARANHA; MARTINS, 1992).

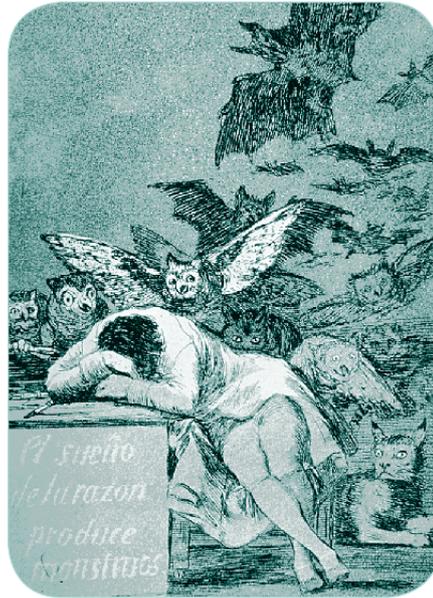


Figura 1 – “O sonho da razão produz monstros”

Fonte: Goya. Gravura em metal (águas-tintas), 21,6 x 15,2 cm, 1797-98.

A partir do século XX, as descobertas científicas se aceleraram e um número maior de cientistas passou a trabalhar pelo desenvolvimento da tecnologia, facilitando novas descobertas para a ciência. É importante salientar que esse é um processo contínuo e que novos métodos científicos estão sendo aprimorados, numa constante busca de novas teorias do conhecimento.



Reflexão

A partir da nossa viagem pela história, o que você destacaria como aspectos comuns e recorrentes em todos os momentos?

Bem, voltando à nossa realidade atual e com o objetivo de tornarmos esse exercício de aprendizado mais agradável, solicito a todos que ouçam a música e acompanhem a letra de “[Queremos saber](#)”, de Gilberto Gil, na voz da intérprete Cássia Eller.



Biblioteca

Na videoteca do curso tem o vídeo e o link para você acessar a letra.

A partir de agora vamos refletir! Motivados pela música e inspirados pelo passeio histórico e pela nossa realidade, vamos discutir a partir das seguintes questões:



Reflexão

Por que existe uma necessidade humana de explicar os acontecimentos cotidianos sob o olhar científico?

- O que é para você a pesquisa científica?
- Qual é a importância da pesquisa científica no cotidiano do seu trabalho?
- Qual é o papel da ciência atualmente?

1.3 Balizando alguns conceitos

Após esse processo de discussão e reflexão, imagino que alguns de vocês chegaram ao raciocínio de que o objetivo mais perseguido pelo ser humano é o de conhecer a realidade, a verdade! E hoje, por meio da evolução da ciência, podemos buscar conhecer essa realidade através da pesquisa científica!

Nessa perspectiva, Pedro Demo (1995) insere a pesquisa como uma atividade cotidiana, considerando-a como uma atitude, “**o diálogo crítico permanente com a realidade em sentido teórico e prático**”.

Seguindo esse pensamento de Demo (1995), podemos conceituar a **Pesquisa Científica** como um conjunto de ações, propostas para encontrar a solução para um *problema*, que tem por base procedimentos racionais e sistemáticos. A elaboração de uma pesquisa, portanto, é um processo em que, a partir de uma necessidade, se escolhe um tema e, gradativamente, define-se um problema e as formas de solucioná-lo.

A pesquisa, então, investiga o mundo em que os seres humanos vivem, bem como os próprios seres humanos em sua complexidade. O pesquisador ou investigador, para essa atividade, recorre à observação e à reflexão que faz acerca dos problemas que enfrenta, e a experiência passada e atual, com o intuito de munir-se de instrumentos mais adequados a sua ação e intervir no seu mundo para construí-lo adequado para a sua vida (CHIZZOTTI, 2001).

A literatura, por meio da leitura atenta de alguns autores, também demonstra uma variação na definição do conceito de pesquisa científica. Assim, para Goldenberg (2009), a pesquisa é um trabalho capaz de avançar o conhecimento; para Eco (1977), é descobrir algo que ainda não foi dito. Ruiz (1991) conceitua a pesquisa como a realização concreta de uma investigação planejada, desenvolvida e redigida de acordo com as normas da metodologia consagradas pela ciência.

Assim, a elaboração de uma pesquisa, que no caso do nosso curso será um **projeto de intervenção**, é um processo em que, a partir de uma necessidade, se escolhe um tema e, gradativamente, define-se um problema e as formas de solucioná-lo. Isso é o que veremos no próximo módulo.

Entretanto, para melhor fundamentar seu conhecimento acerca do que é ciência, vamos realizar uma atividade que exigirá, de todos, leitura e reflexão.

Este primeiro módulo apresentou uma característica mais teórica em que você teve tempo e exercícios destinados à reflexão acerca da ciência nos dias de hoje. Previamente à elaboração de um projeto, é fundamental compreender a importância de um trabalho científico e do compromisso da ciência e do método científico com a qualidade, e isso eu tenho certeza que você compreendeu!

Atividade final ¹

1 Realize a leitura atenta do texto a seguir:

Por que o homem quer conhecer?

O homem não se dispõe a conhecer o mundo porque o percebe como um enigma que lhe daria “gosto” resolver. Explicações que apelam para a “vontade de decifração de um mistério”, de espanto em face das “maravilhas” da realidade (Platão), de “vontade de poder” (Nietzsche) são inteiramente ingênuas, situam-se fora de qualquer base objetiva. A simples e prosaica afirmativa de Aristóteles, no preâmbulo da *Metafísica*, ao dizer que o homem é um animal naturalmente desejoso de conhecer, tem a superioridade de concordar com a situação de fato, embora falte explicar-nos porquê isso acontece. A proposição aristotélica não funda a epistemologia da pesquisa científica porque serve apenas para reconhecer um fato inicial, não oferecendo a explicação dele, que deveria ser o verdadeiro ponto de partida de todas as cogitações subsequentes. Tal ponto de partida nós o encontramos, se não estamos equivocados, na teoria dialética da existência, ao considerar o homem, não um ser (no sentido aristotélico), um animal dotado de atributos invariáveis, mas um existente em processo de fazer-se a si mesmo, o que consegue pelo enfrentamento das obstruções que o meio natural lhe opõe e pela vitória sobre elas, graças ao descobrimento das forças que hostilizam e dos modos de empregar umas para anular o efeito de outras, que o molestam, o destroem ou impedem de realizar seus propósitos. O homem não conhece, não investiga a natureza para satisfazer um desejo imotivado, mas para se realizar na condição de ente humano (PINTO, 1969).

2 Agora, reflita e busque em outros autores as justificativas que levam os seres humanos a buscarem o saber e a desvendarem a realidade.

¹ Atividade extraída e adaptada do Livro “Temas de Filosofia”, das autoras Maria Lúcia de Arruda Aranha e Maria Helena Pires Martins (2), páginas 92-93.

Referências

ARANHA, M. L. A.; MARTINS, M. H. P. **Temas de Filosofia**. São Paulo: Moderna, 1992.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais**. 5. ed. São Paulo: Cortêz, 2001.

DEMO, P. **Metodologia Científica em Ciências Sociais**. São Paulo: Atlas, 1995.

DESCARTES, R. **O discurso do Método**. Rio de Janeiro: Edições de Ouro, 1980.

ECO, H. **Como se faz uma tese**. 14. ed. São Paulo: Perspectiva, 1977.

GOLDEMBERG, J. **O mundo e o homem: uma agenda para o século XXI a luz da Ciência**. São Paulo: Perspectiva, 2009.

PINTO, A. V. **Ciência e existência**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1969. p. 426-427.

PRIMON, A. L. M. et al. História da ciência: da idade média à atualidade. **Psicólogo InFormação**, v. 4, p. 35-51, 2000.

RUIZ, J. A. **Metodologia Científica: guia para eficiência nos estudos**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1991.

VIEIRA, S.; HOSSNE, W. S. **Metodologia Científica para a área da saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2001.

Anotações

Mãos à obra: construindo um projeto de intervenção

Módulo

2



2.1 Introdução

Agora você vai ver que elaborar um **projeto de intervenção**, ou desenvolver uma pesquisa científica, para muitas pessoas, pode soar como uma tarefa difícil ou quase uma missão impossível. Neste módulo, iremos encarar esse desafio e, passo a passo, iremos construir um projeto de intervenção, desde sua fundação até sua execução.

Em ciência, ainda é comum a crença de que a atividade científica começa pela coleta de dados ou observações puras, sem ideias preconcebidas por parte do investigador, no entanto, é necessário compreender que qualquer observação da realidade pressupõe um critério para escolher, entre as observações possíveis, aquelas que supostamente sejam relevantes para o problema em questão. Essas ideias e interesses em questão correspondem às hipóteses e às teorias que orientam a observação e os testes a serem realizados para confirmarmos ou refutarmos nossas hipóteses (ALVES-MAZZOTTI; GEWANDSZNAJDER, 1999).

Vamos a um exemplo prático. Um médico, ao escutar um paciente, já está com a expectativa de encontrar um problema. Por isso, tanto na ciência como em nosso cotidiano, nossa atenção e nosso raciocínio são estimulados quando algo não ocorre de acordo com nossas expectativas, quando não sabemos explicar um fenômeno, ou quando as explicações tradicionais não funcionam, ou seja, quando nos defrontamos com um **problema** (ALVES-MAZZOTTI; GEWANDSZNAJDER, 1999).

Nessa perspectiva, para iniciarmos a construção de um projeto de intervenção, é necessário observar atentamente a nossa realidade de trabalho, com o objetivo de identificar um **problema**. Esse problema identificado passará a ser o nosso alvo, o nosso **problema de intervenção**, e será buscando resolver esse problema que iremos elaborar o nosso projeto de intervenção.

Torna-se importante esclarecer que o problema de investigação estará sempre contido em um **Tema de Intervenção**. Nesse momento, é fundamental que fique claro que o tema é o assunto que o investigador deseja desenvolver, necessariamente deve ser amplo, precisando bem o assunto geral sobre o qual o investigador deseja realizar a pesquisa. E deve ser uma proposição mais abrangente, ou seja, um assunto que se deseja provar ou desenvolver.

O tema ainda deve ter algumas características essenciais, como a relevância. Ou seja, ao pensar em um tema, devemos pensar se esse tema apresenta alguma contribuição social e científica. Outro aspecto é a viabilidade do tema, para isso, temos que nos perguntar: tenho disponibilidade de tempo, material e recursos humanos para trabalhar com esse tema? E, finalmente, mas não menos importante, você deve analisar a originalidade do tema. Para isso, é necessário saber se esse tema já foi muito trabalhado, se existem muitas pesquisas a respeito dele e se o que estou pensando em fazer não será “chover no molhado”.



Atenção

Sendo você gestor, se faz importante compreender que você estará refletindo sobre um tema que deverá trazer contribuição para o seu serviço. Assim, a reflexão deve ser: estou selecionando algo que tem relevância para o meu serviço? Afinal, a sua contribuição será construir uma proposta de intervenção para uma dada realidade, não é verdade?

A partir da identificação do tema alvo da nossa intervenção, devemos seguir em direção à definição de um problema de intervenção. O problema de intervenção também requer algumas características importantes para que o projeto de intervenção seja bem sucedido, assim, preste atenção no que diz o parágrafo a seguir.

Nunca é demais lembrar que o sucesso de qualquer proposta de intervenção depende da caracterização correta do problema. Saber dimensionar bem o problema é uma competência essencial de todo gestor público. Algumas perguntas podem ajudar no dimensionamento do problema. Por exemplo: qual o número de pessoas envolvidas ou afetadas? Quais são as consequências em termos de produção e qualidade do serviço? Como estamos tratando de serviços de saúde, essas perguntas são essenciais.



Atenção

O problema de intervenção

- Os grupos deverão, inicialmente, escolher um problema no seu ambiente de trabalho.
- Em seguida, devemos escrever esse problema de modo a deixar bem claro e delimitado o problema que iremos trabalhar no nosso projeto de intervenção.
- Devemos sempre observar que esse problema deve estar relacionado com o tema que nos propusemos a trabalhar, se isso não ocorrer, é necessário rever o nosso tema.

- É importante lembrar que o problema especifica o que o investigador pretende resolver por intermédio do projeto de intervenção.
- Então, depois de deixar claro qual é o seu problema, devemos transformar esse problema em uma pergunta.
- Essa pergunta será respondida por meio do projeto de intervenção, ou seja, através das ações propostas pelo nosso projeto.

Assim, podemos observar que a definição do problema de intervenção é o pontapé inicial de todo o nosso trabalho. Assim, depois de definido o tema, levanta-se uma questão para ser respondida através do projeto de intervenção.

Bem, depois de tanta novidade, é importante, para balizarmos esses conceitos, uma leitura atenta que irá nos instrumentalizar para seguirmos adiante. Desse modo, solicito a todos que façam a leitura dos textos a seguir.



Biblioteca

Vá na biblioteca do curso na sua plataforma virtual e acesse os seguintes textos:

- a) Escolha do Tema: os outros são os outros²
- b) O problema é um problema?

Imagino que depois da leitura desses textos vocês estejam ansiosos para definir o problema de intervenção de vocês, acertei? Mas esperem um pouco mais, pois, agora, precisamos aprender como transformar o nosso problema de intervenção em uma **pergunta de intervenção**.

Nesse sentido, é fundamental entender que uma pesquisa ou, no nosso caso, um projeto de intervenção inicia-se sempre de uma pergunta. Existem perguntas cujas respostas são encontradas na literatura. Há perguntas cujas respostas não são conhecidas. O pesquisador deve procurar respostas às perguntas que ainda não foram respondidas ou o foram de maneira incompleta, insatisfatória ou inadequada. Em suma, a finalidade é à busca de novos conhecimentos (GOLDENBERG, 2009).

²Textos extraídos do livro "Dissertação não é bicho papão: desmistificando monografias, teses e escritas acadêmicas", da autora Simone Pessoa, páginas 37-50.

Assim como o problema, a pergunta de intervenção deve respeitar alguns aspectos para que o projeto de intervenção seja bem executado, por isso, observe essas características no quadro a seguir:



Atenção

A pergunta de intervenção

- ser clara!
- ser precisa!
- ser objetiva!
- ser concisa!

Vamos, agora, observar algumas perguntas de intervenção que originaram projetos de intervenção na área da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde:

- 1) Como implementar a política de saúde do trabalhador no SUS/RN (Sistema Único de Saúde/Rio Grande do Norte)?
- 2) Quais os mecanismos necessários para reestruturar a gerência de recursos humanos na Secretaria de Saúde do Município de Parnamirim?
- 3) Quais os caminhos para implantar um sistema de informação integrado para a Gestão do CEFOPE/Natal (Centro de Formação de Pessoal para os Serviços de Saúde)?³

³ Perguntas extraídas dos Projetos de Intervenção do I Curso de Especialização em Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, realizado em 2011 e promovido pelo Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESC) e pelo Departamento de Saúde Coletiva (DSC) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).



Atividade

1

Nesse momento do nosso processo de construção do projeto de intervenção, é necessário definir os grupos de trabalho e iniciar o processo de construção das perguntas de intervenção. Assim, negocie com seus colegas e com a coordenação do curso e preencha a tabela seguinte:

Estudantes	Município
1.	
2.	

Essa tabela é fundamental no processo de trabalho, pois, a partir de agora, vocês seguirão juntos, enquanto **equipe de trabalho**, até o final do curso e, além do mais, cada membro da equipe saberá exatamente com que poderá contar!

Muito bom! Agora, a partir da equipe constituída, precisamos avançar mais um degrau nessa construção. Imagino que cada um de vocês já tenha alguma ideia acerca dos problemas vivenciados em seus ambientes de trabalho e que poderão servir como pergunta de intervenção em nosso curso. Por isso, é necessário que vocês, enquanto grupo, encontrem um momento para discutir e identificar a pergunta de intervenção que possa ser trabalhada durante o curso.

Bem, mas vocês estão achando que encontrar essa pergunta é algo fácil e rápido? Pois sinto em dizer que esse exercício demanda tempo e muita reflexão dos participantes, considerando, sobretudo, que a pergunta deverá ser exequível e coerente com a realidade de vocês.

Muitas vezes, precisamos elaborar várias perguntas até conseguirmos chegar naquela pergunta definitiva que será o fio condutor do nosso trabalho. Nesse exercício podemos e devemos lançar mão da literatura científica, dos documentos oficiais, enfim, de fontes que possam nos ajudar a definir melhor nosso problema de intervenção e, conseqüentemente, definir nossa pergunta de pesquisa.



Atenção

A seguir estão alguns sites de busca de literatura científica e de documentos oficiais que poderão ajudar na busca de textos sobre o possível tema de trabalho de vocês:

- <http://regional.bvsalud.org/php/index.php>
- <http://brasil.bvs.br/php/index.php>
- www.scielo.br
- www.periodicos.capes.gov.br
- http://dab.saude.gov.br/conass_progestores.php
- www.saude.gov.br



Atividade

2

Agora sim, depois de pesquisar, podemos iniciar o exercício de definição da nossa pergunta de intervenção e, junto com ela, é importante que também tenhamos claro o tema. Para isso, convido todos os grupos a preencherem a tabela a seguir, com algumas perguntas de intervenção e seus respectivos temas.

Preencha a tabela a seguir com algumas perguntas de intervenção e seus respectivos temas.

Perguntas de intervenção preliminares	Tema
1.	
2.	

Pronto? Conseguiram? Nesse momento, é importante a discussão com o orientador, com o objetivo de definir com ele qual será a pergunta mais relevante. Está na hora de vocês discutirem com o tutor/orientador, debater e responder ao exercício a seguir.

Discuta com o tutor/orientador para debater e responder ao exercício a seguir:

Pergunta de intervenção (definitiva)	Tema
1.	

Parabéns a todos da equipe! Vocês conseguiram delimitar o tema e a pergunta de intervenção.

Vamos iniciar o processo de confecção do nosso projeto de intervenção! Abaixo segue o modelo que iremos adotar no curso.

Modelo do projeto de intervenção

1. **Resumo**
2. **Introdução**
3. **Objetivos**
 - 3.1. **Objetivo geral**
 - 3.2. **Objetivos específicos**
4. **Metodologia**
 - 4.1. **Cenário do projeto de intervenção**
 - 4.2. **Elementos do plano de intervenção**
 - 4.3. **Fragilidades e oportunidades**
 - 4.4. **Processo de avaliação**
5. **Considerações finais**
6. **Referências**
7. **Apêndices**
8. **Anexos**

Neste momento, deve estar claro para todos qual será a trajetória a ser seguida, no entanto, é muito importante compreender cada item do nosso projeto de intervenção, então, vamos a essa compressão.

O **Resumo** do trabalho é um elemento muito importante. Lembrem que o resumo, geralmente, é sempre o primeiro texto lido no seu trabalho e ele, provavelmente, será o responsável por “seduzir” o leitor a ler o seu projeto na íntegra. Para isso, aconselho a todos que essa seção seja a última a ser escrita. Assim, para que vocês consigam representar no resumo o trabalho como um todo, seguem algumas dicas que facilitarão a sua elaboração.



Descritores

são palavras que servem como uma linguagem única na indexação de artigos de revistas científicas, livros, anais de congressos, relatórios técnicos e outros tipos de materiais, assim como para ser usado na pesquisa e recuperação de assuntos da literatura científica, nas fontes de informação (extraído de < <http://decs.bvs.br/P/decsweb2012.htm> >, na página da Biblioteca Virtual em Saúde).

Resumo

- 1) Deverá representar o todo do trabalho.
- 2) Poderá apresentar o seguinte formato: objetivo, metodologia, resultados, discussão e conclusão.
- 3) Sempre acompanhado das palavras-chaves ou **descritores**.

Em relação à **Introdução** do trabalho, essa é uma seção que consiste na apresentação e contextualização do problema. Nela deverá estar implícita a formulação da questão que define claramente o problema ou o objeto de intervenção. Para tanto, em nosso modelo de projeto de intervenção, na introdução, deve-se inserir a **justificativa do trabalho**. E a justificativa do trabalho nada mais é do que uma exposição sucinta, porém clara, das razões de ordem teórica e dos motivos de ordem prática que tornam importante a realização do seu projeto de intervenção.

Outro elemento importante a ser considerado na introdução é que, em nosso modelo de projeto de intervenção, ela também deverá conter uma breve **revisão da literatura**. Essa revisão de literatura proposta se constitui, na verdade, de um quadro de referências teóricas que serve de base à interpretação da realidade. Nessa perspectiva, os dados teóricos servirão como orientação para restringir a amplitude dos fatos a serem estudados e desenvolvidos e, finalmente, a revisão deverá fornecer um universo vocabular científico, facilitando a compreensão dos fenômenos.



Atenção

Todo projeto, ao ser iniciado, pressupõe que o autor tenha um conhecimento prévio sobre o tema a ser abordado.

Esse conhecimento pode ser adquirido por meio de documentos, periódicos, revistas científicas, livros, outros recursos informacionais, entrevistas, observações e vivências da realidade.

Durante o curso, você teve acesso a várias bibliografias e identificou várias situações-problema a partir das atividades realizadas. Faça uso delas!

Torna-se fundamental, nesse processo de busca por literatura, desenvolver um processo de sistematização de leitura de textos, sejam acadêmicos ou mesmo documentos oficiais. Assim, com o claro intuito de ajudá-los no sentido de sistematizar as leituras ou mesmo o processo de estudo, deixamos na biblioteca dois modelos de Fichamento de Artigos Científicos e um texto que orientará o estudo de cada um de vocês.



Biblioteca

Acesse em sua biblioteca os seguintes textos

- Exemplo de ficha de documentação temática
- Exemplo de ficha de documentação de artigos
- Texto: “Se nadar se aprende nadando... pesquisar se aprende pesquisando”

Ainda nessa perspectiva de facilitar um pouco mais a vida de vocês, postamos, também, na biblioteca, alguns exemplos de introduções pertencentes a projetos de intervenções.



Biblioteca

Acesse em sua biblioteca os seguintes textos

- Exemplo de introdução* de projeto de intervenção
- Exemplo de introdução* de projeto de intervenção
- Exemplo de introdução* de projeto de intervenção⁵⁴

A seguir nos depararemos com uma seção também fundamental ao nosso trabalho, que é a seção **Objetivo**. Essa seção, tradicionalmente, subdivide-se em objetivo geral e objetivos específicos. Vamos, por meio do quadro a seguir, desvendar cada uma dessas subseções.

Objetivo geral

- Está sempre ligado a uma visão geral e abrangente do tema.
- Deverá responder à questão: “qual é a ‘meta’ almejada pelo autor ao realizar o projeto de intervenção?”
- Poderão ser redigidos utilizando verbos no infinitivo, caracterizando diretamente as ações propostas pelo projeto.
- Em alguns casos, que não é o nosso neste curso, ele pode ser descrito no último parágrafo da introdução, sobretudo em artigos científicos escritos para periódicos.

⁴*Exemplos extraídos dos Projetos de Intervenção do I Curso de Especialização em Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, realizado em 2011 e promovido pelo Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESC) e pelo Departamento de Saúde Coletiva (DSC) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).

E os **Objetivos específicos**? O que são, afinal?

Objetivos específicos

- Representam um caráter particular das metas almejadas pelo autor.
- Têm uma função instrumental, permitindo, de um lado, atingir o objetivo geral e, de outro, aplicar este a situações particulares.
- Devem ser itemizados.

Na seção **Metodologia**, deve constar uma descrição minuciosa de **como será realizado** o projeto de intervenção, de forma a alcançar os objetivos traçados. Podemos, então, entender a metodologia como o “passo a passo” que seguiremos para a concretização do nosso projeto.

Do ponto de vista teórico, o método científico é definido como um conjunto de opções teóricas e de instrumentos validados cientificamente, que ordenam a ação do pesquisador de forma sistemática e objetiva para alcançar o objetivo do estudo, responder ao problema que gerou a pesquisa e verificar a veracidade da hipótese (CERVO; BERVIAN, 2003; HUHNE, 2000).

Essa seção se divide em 3 subseções, que estão claramente explicitadas nas caixas a seguir :

Cenário do projeto de intervenção

- Descrição do local onde será realizado o projeto de intervenção.
- Descrição das principais características do local que sejam relevantes para o projeto de intervenção. Por exemplo, se for pertinente ao trabalho, realizar a caracterização da rede assistencial do município em questão.
- Descrição dos atores envolvidos no ambiente de realização do projeto de intervenção.

Acreditamos que mais claro do que uma explicação é a complementação da metodologia, por meio de exemplos reais e concretos. Assim, observem os exemplos que se seguem! Lembre-se que esses exemplos são apenas fragmentos de projetos de intervenção e, por isso, cada uma das subseções não foi transcrita na íntegra.

Exemplos⁵

Cenário do projeto de intervenção

Projeto de intervenção 1

“O cenário deste projeto de intervenção é o Centro de Formação de Pessoal para os Serviços de Saúde “Dr. Manoel da Costa Souza” (CEFOPE), estrutura da Secretaria de Estado da Saúde Pública do Estado do Rio Grande do Norte, e escola integrante da Rede de Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde (RETSUS).

Com o propósito de detalhar aspectos do cenário sobre o qual se pretende intervir, será feita uma abreviada contextualização obedecendo a uma cronologia de marcos e fatos históricos ocorridos a partir da década de 80, a saber: O Projeto de Formação em Larga Escala (1980), o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem – PROFAE (1999/2000), a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – SGTES (2003), a Implantação da Política Nacional de Educação Permanente do SUS (2007) e o Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (PROFAPS)...”.

Projeto de intervenção 2

“Referência estadual em doenças infecto-contagiosas, o Hospital Giselda Trigueiro (HGT0 integra a rede de assistência hospitalar da Secretaria Estadual de Saúde Pública do Rio Grande do Norte (SESAP-RN), tendo como missão: “*Promover atenção integral aos usuários com doenças infecciosas, garantindo qualidade, resolutividade e humanização da assistência, com ética e responsabilidade social, de acordo com os princípios do SUS*”.

O Hospital oferece à população do Estado 126 leitos para internação, que correspondem a 27 leitos para infectologia em geral, 20 leitos para AIDS, 29 leitos para tuberculose e pneumologia, 26 leitos em infectologia pediátrica, 07 leitos na UTI, e 16 leitos de observação no pronto-socorro. O Programa de Internação Domiciliar (PID) do HGT acompanha até 30

⁵ Exemplos extraídos dos Projetos de Intervenção do I Curso de Especialização em Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, realizado em 2011 e promovido pelo Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESC) e pelo Departamento de Saúde Coletiva (DSC) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).

usuários simultaneamente; e o Hospital-Dia oferece 05 leitos diários. Além disso, o HGT realiza atendimento de urgência-emergência em infectologia por 24hs, totalizando uma média de 3.300 atendimentos mensais, e 220 internações mensais. No Ambulatório os Programas Específicos para Hanseníase, DST/AIDS, Leishmaniose e Acidentes Biológicos realizam 1300 atendimentos mensais. O hospital oferece ainda os serviços do Centro de Informações Toxicológicas (CIT), e do Centro de Referência em Imuno-biológicos Especiais (CRIE).

Com relação à contextualização da Rede local dos serviços de Saúde, o HGT situa-se na área do Distrito Sanitário Oeste, território que, segundo os últimos dados registrados, em janeiro de 2010, comporta uma população de 216.212 habitantes, e oferece uma rede de serviços composta por 02 Unidades básicas de Saúde tradicionais (UBS), 11 Unidades de Saúde da Família – PSF, 03 Pronto Atendimento em Urgência básica, 02 Centros de Apoio Psicossocial (CAPS), a Sede do SAMU, 01 Unidade de Referência em Fisioterapia, 01 Policlínica Especializada, 02 Maternidades, 01 Laboratório Central (LACEN), além da rede hospitalar pública com o Hospital Giselda Trigueiro, o Hospital Luís Antonio de caráter filantrópico, e unidades hospitalares da rede privada contratada...”

Elementos do plano de intervenção

Vamos, mais uma vez, aos nossos exemplos, que, como já comentei, são apenas fragmentos de projetos de intervenção.

Exemplos ⁶

Elementos do plano de intervenção

Projeto de intervenção 1

“Nosso plano de intervenção inclui e acolhe a atual classificação das atividades de capacitações profissionais, e técnicas, atualmente existente no *Núcleo de Recursos Humanos* da *Unidade de Gestão de Pessoas* do HGT, a qual consta como parte integrante do Relatório de Atividades de Educação Permanente de 2010. Neste atual modelo do Hospital, definimos as modalidades de atividades de Educação Permanente em ***Eixo Externo*** e ***Eixo Interno***. E é dentro deste ***Eixo Interno***,

⁶ Exemplos extraídos dos Projetos de Intervenção do I Curso de Especialização em Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, realizado em 2011 e promovido pelo Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESC) e pelo Departamento de Saúde Coletiva (DSC) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).

portanto atividades coordenadas exclusivamente pelo próprio HGT, que nosso Projeto de Intervenção se aplica, uma vez que as atividades do Eixo Externo estão orientadas pela Portaria Estadual de nº 176/GS/SESAP – publicada em 25/04/2011; e pela Portaria Estadual de nº 118/GS/SESAP – publicada em 23/03/2011.

Considerando-se então a modalidade das atividades de Educação Permanente do **Eixo Interno** ao qual **se aplica esta proposta interventiva**, temos as **Capacitações Diretas** como sendo aquelas que têm coordenação da própria Equipe de Gestão de Pessoas, e as **Capacitações Indiretas** como sendo aquelas que são coordenadas por equipes das demais *Unidades de Produção*, porém sob orientação pedagógica e apoio logístico da mesma equipe profissional do RH, atualmente.

Ao traçarmos estratégias metodológicas para a implementação de um Programa de Educação Permanente em Saúde concebido de forma inclusiva, buscamos projetar um *Percurso Metodológico* de ações organizadas temporalmente, em um ciclo de 12 meses, subdivididos em *quatro etapas* subsequentes...”.

Projeto de intervenção 2

A partir das entrevistas individuais e de grupo realizadas no âmbito da Prefeitura e da SMS ficou patente a visão de que a Secretaria Municipal de Saúde de Macaíba (SMS) necessita de uma área de gestão do trabalho com ênfase na educação em saúde. Embora, as responsabilidades da gestão do trabalho possam continuar divididas entre a Gerência de Recursos Humanos da Prefeitura e a Gestão do Trabalho na Secretária de Saúde, sendo de fundamental importância melhor organizar e articular as ações desta área.

Nesse sentido, apresentamos o plano de estruturação do setor de gestão do trabalho e educação em saúde na SMS de Macaíba. Considerando que na SMS o setor de gestão do trabalho ainda não é formalizado traçou-se o seguinte plano para implementar a estruturação do setor.

Plano de estruturação do setor de GTES

- a) Formalizar o setor.
- b) Definir um espaço físico para a formulação das políticas de recursos humanos da SMS, diferenciado do conjunto dos servidores municipais.
- c) Dotar o setor de recursos humanos de equipe específica.
- d) Informatizar o setor...”.

Em relação ao item **Fragilidades e oportunidades**, seguem a seguir as orientações.

2.2.2 Fragilidades e oportunidades

O objetivo dessa seção será a de descrever o elenco de situações potenciais que poderão fragilizar a execução do projeto de intervenção, além de expor as potenciais circunstâncias que poderão fortalecer a execução do projeto de intervenção.

No tocante à seção **Processo de avaliação**, é fundamental no projeto destacar os instrumentos que serão utilizados para avaliar o processo de implantação do projeto de intervenção nos municípios. Outro fator fundamental será elencar a programação temporal, ou seja, os momentos-chave em que o processo de avaliação será realizado.

A seção **Considerações finais** deverá responder aos objetivos geral e específico, além de destacar as conquistas que poderão ser alcançadas com o projeto de intervenção. Outro elemento que poderá ser destacado nessa seção é o de apontar as possíveis limitações que serão encontradas na trajetória de desenvolvimento do projeto de intervenção.

As **Referências** deverão estar coerentemente elencadas, de modo a apontar a relação entre os fatos verificados e a teoria utilizada. Ademais, deverão estar disponibilizadas todas as referências utilizadas no processo de trabalho e organizadas de acordo com as Normas da ABNT ou do Estilo Vancouver (as normas serão tratadas no próximo módulo).

Os **Apêndices** correspondem aos itens elaborados durante o processo de trabalho, como o **Orçamento e o Cronograma de trabalho**. No item **Orçamento**, deverão ser levantados e planejados todos os gastos referentes à realização do projeto de intervenção. De modo geral, o orçamento deve prever os gastos com pessoal e material. Nesse item, não podemos deixar de lembrar as fontes financiadoras, bem como a participação de instituições que fornecerão elementos de contrapartida.

Logo a seguir, podemos observar um exemplo de orçamento de projeto de pesquisa:

Exemplo de orçamento de projeto de pesquisa ⁷

Especificação do material	Quantidade	Preço unitário R\$	Preço total R\$
Material de consumo			
Papel A4 – resma	6	12,00	72,00
Cartucho para impressão colorido HP n°28	2	18,00	36,00
Cartucho para impressão P&B HP n° 27b	5	18,00	90,00
CD-RW – Unidade	5	0,30	1,50
Canetas	25	1,50	37,50

⁷Orçamento extraído do Projeto de Pesquisa intitulado “Perfil epidemiológico das doenças infecciosas em idosos no Hospital de Referência no Rio Grande do Norte”, de autoria da Professora Grasiela Piuvezam.

Lápis grafite	25	0,70	17,50
Pranchetas de acrílico	8	10,00	80,00
Clips 2/0 – caixa com 100 unidades	15	3,00	45,00
Pen drive	1	25,00	25,00
Xerox	3000	0,10	300,00
SUBTOTAL			633,22
Serviços a terceiros e encargos			
Traduções	1	150,00	150,00
Vale transporte	60	2,20	132,00
Combustível/ L	250	2,69	675,00
Telefone/créditos	–	–	200,00
SUBTOTAL			1.157,00
TOTAL			1.790,22

O **Cronograma de trabalho** expressa a organização e a realização do trabalho de intervenção ao longo do tempo. Com o intuito de facilitar a compreensão de vocês, segue um modelo de cronograma de um projeto de pesquisa.

Exemplo de cronograma de projeto de pesquisa ⁸

FASE DA PESQUISA	MÊS												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
1) Referencial teórico													
2) Refinamento do planejamento													
3) Coleta de dados													
4) Transcrição das entrevistas													
5) Análise dos dados													
6) Redação do relatório e dos artigos científicos													
7) Prestação de contas													

E, finalmente, os **Anexos**, que são elementos esclarecedores de **outra** autoria. E por isso devem ser limitados. Exemplos de Anexos são as Leis, Normas, Documentos raros, Contratos e outros documentos.

⁸Cronograma extraído do Projeto de Pesquisa intitulado “Políticas e ações em saúde direcionadas a idosos institucionalizados: um panorama brasileiro”, de autoria da Professora Grasiela Piuvezam.



Resumo

Este módulo, certamente, foi o mais pragmático de todos! Você teve a oportunidade de compreender o processo de elaboração de um projeto de intervenção por meio de exercícios práticos e reflexões teóricas. E, mais do que isso, você, o seu grupo de trabalho e o seu orientador iniciaram a construção do projeto de intervenção adequado à realidade que vocês vivenciam.

Atividade final

Muito bem pessoal, agora que vocês já descobriram como devemos fazer o nosso projeto de intervenção, vamos a ele! Desejo sucesso a todos nessa caminhada. E não se esqueçam de contar com a ajuda do tutor/orientador!

Elaboração do projeto de intervenção

Referências

ALVES-MAZZOTTI, A. J.; GEWANDSZNAJDER, F. **O método nas ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa**. 2.ed. São Paulo: Pioneira-Thomson Learning, 1999.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A. **Metodologia científica**. São Paulo: Prentice Hall, 2003.

GOLDEMBERG, J. **O mundo e o homem: uma agenda para o século XXI a luz da Ciência**. São Paulo: Perspectiva, 2009.

HUHNE, L. M. (Org.). **Metodologia científica: cadernos de textos e técnicas**. Rio de Janeiro: Agir, 2000.

CRUZ, I. **Se nadar se aprende nadando... pesquisar se aprende pesquisando**. Niterói: UFF, 2000. Disponível em: < www.uff.br/nepae/siteantigo/pesquisar2001.doc > . Acesso em: 22 ago. 2012.

PESSOA, S. **Dissertação não é bicho papão: desmistificando monografias, teses e escritas acadêmicas**. Rio de Janeiro: Rocco, 2005.

Ufa! Quase pronto!

A organização final do trabalho por meio do processo de normalização

Módulo

3



3.1 Introdução

Ufa mesmo! Agora que vocês estão finalizando o processo de construção do projeto de intervenção e estão prestes a entregar o trabalho, é fundamental aquele ajuste final, ou seja, aquele refinamento estético e aquela padronização que fazem parte de um trabalho científico.

Certo, mas, afinal, como proceder a essa padronização do texto? Bem, existem algumas normas consagradas na literatura nacional e internacional que auxiliam no processo de normalização de trabalhos acadêmicos. A escolha por essas normas irá depender da orientação de cada trabalho.

Assim, em nosso curso de formação, podemos dispor de duas formas de normatização, uma delas, muito utilizada e conhecida no Brasil, em todas as áreas do conhecimento, compõe o conjunto de normas adotadas pela Associação Brasileira de Normas e Técnicas (ABNT). E a outra, também muito conhecida e utilizada para área da saúde, com uma padronização internacional, compõe o conjunto de normas denominado Estilo Vancouver.

Esses dois conjuntos de normas para o processo de citação no corpo do texto, bem como para o processo de produção das referências, encontram-se em nossa biblioteca virtual e irão ajudá-los nessa tarefa. Ah, um pequeno lembrete importante: caso vocês tenham dúvidas, poderão recorrer aos bibliotecários das cidades de vocês.



Biblioteca

Acesse em sua biblioteca os seguintes links:

- <http://www.leffa.pro.br/textos/abnt.htm>
- <http://www.bu.ufsc.br/ccsm/vancouver.html>

No entanto, nesse processo, é imprescindível também padronizar alguns detalhes com o objetivo de deixar o texto mais claro e limpo, assim sendo, a seguir há uma série de dicas que irão ajudá-los nessa caminhada e que foram adaptadas do livro “Metodologia da Pesquisa: Aplicabilidade em trabalhos científicos na área da Saúde” (SOUZA et al, 2012).

Quanto ao formato do texto

- 1) Os textos devem ser impressos em papel branco ou reciclado de formato A4.
- 2) A norma NBR 14724/2011 recomenda utilizar fonte 12 para digitação.

Quanto às margens

- 1) As margens do texto devem seguir as seguintes dimensões:
- 2) Margem esquerda e superior: 3 cm.
- 3) Margem direita e inferior: 2 cm.

Quanto ao espaçamento

- 1) O espaçamento é o espaço entre as linhas. Recomendam-se os seguintes critérios para a digitação.
- 2) Todo o texto deve ser digitado com espaçamento de 1,5 entre linhas.
- 3) Espaço simples para as citações longas, notas de rodapé, legendas, referências e tabelas.

Quanto à paginação

- 1) Para a numeração das páginas, devem ser seguidas as seguintes recomendações:
- 2) As folhas pré-textuais do trabalho devem ser contadas sequencialmente, mas não numeradas.
- 3) A numeração é figurada a partir da primeira folha do texto (Introdução), em algarismo arábico, no canto superior direito da folha, a 2 cm da borda superior.

Quanto à numeração progressiva

- 1) Com o objetivo de evidenciar a sistematização do conteúdo do trabalho, deve-se adotar a numeração progressiva (NBR 6024) para as seções do texto.
- 2) As seções **primárias**, por serem as principais divisões do texto de um documento, devem iniciar em folha separada.
- 3) Os títulos das seções destacam-se gradativamente, utilizando-se os recursos de **negrito**, *itálico* ou grifo, caixa alta. No sumário, eles devem aparecer da mesma maneira que se encontram no texto.
- 4) Os elementos pós-textuais não são numerados (referências, glossário, apêndice, anexo, índice).

Finalmente, se você chegou aqui, parabéns! Isso significa que você tem em mãos um documento acadêmico, fruto do seu trabalho e sua dedicação, que poderá e deverá ser colocado em prática no município em que você trabalha. Só cabe a nós, tutores do curso, desejar a todos sucesso nessa próxima empreitada!



Resumo

Ao longo deste módulo, você teve a oportunidade de compreender o processo de elaboração de um projeto de intervenção, além de aprofundar os seus conhecimentos sobre a metodologia da pesquisa científica. Também foram discutidas as possibilidades de adequar os trabalhos às normas acadêmicas correntes.

Atividade final

Estamos concluindo a Unidade. Neste momento, você deverá ter o seu projeto de intervenção pronto. Envie para o seu tutor, pela plataforma virtual, e vamos para as apresentações.

Parabéns a todos!

Referências

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS - ABNT. **NBR 6023**: informação e documentação: referências – elaboração. Rio de Janeiro, 2002.

_____. **NBR 14724**: informação e documentação: trabalhos acadêmicos: apresentação. Rio de Janeiro, 2011.

_____. **NBR 6024**: informação e documentação: numeração progressiva das seções de um documento escrito: apresentação. Rio de Janeiro, 2012.

INTERNATIONAL COMMITTEE OF MEDICAL JOURNAL EDITORS. **Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals**: Writing and Editing for Biomedical Publication [internet]. 2008. Disponível em: < www.icmje.org > . Acesso em: 18 jul. 2012.

SOUZA, E. L.; LIRA, C. O.; COSTA, N. D. L. **Metodologia da Pesquisa**: Aplicabilidade em trabalhos científicos na área da Saúde. Natal: EDUFRN, 2012.

Sobre os autores

- **Janete Lima de Castro:** Doutora em Educação. Professora adjunta do Departamento de Saúde Coletiva da UFRN, coordenadora do Observatório de Recursos Humanos do NESC-UFRN e membro do GT Trabalho e Educação da ABRASCO.
- **Rosana Lúcia Alves de Vilar:** Doutora em Ciências Sociais. Professora associada do Departamento de Enfermagem e membro efetivo do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da UFRN.
- **Maria Jalila Vieira de Figueirêdo Leite:** Doutoranda em Saúde Coletiva/UFRN. Professora da Escola de Enfermagem/UFRN.
- **Elizabethe Cristina Fagundes de Souza:** Doutora em Saúde Coletiva. Professora da UFRN no Departamento de Saúde Coletiva, no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e no Mestrado Profissional em Saúde da Família. Integrante efetiva do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESC/UFRN).
- **Sheila Saint-Clair da S. Teodosio:** Professora adjunta do Curso de Enfermagem/UFRN. Doutoranda do DINTER de Enfermagem UFRN/UFSC/MEMBRO DO GRUPO GEHCES/UFSC.
- **Francisca Nazaré Liberalino:** Especialista em Gerência de Unidades Básicas de Saúde. Professora adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte-UFRN. Professora Honoris Causa da Universidade Estadual do Rio Grande do Norte –UERN.
- **Jorge Luiz de Castro:** Especialista em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Diretor Geral do Centro de Formação de Pessoal para os Serviços da Saúde “Dr. Manoel da Costa Souza” - CEFOPE, Instituição integrante da Rede de Escolas Técnicas do SUS (RETSUS) e Membro da Comissão de Integração Ensino e Serviço (CIES) no estado do RN.
- **Grasiela Piuvezam:** Doutora em Ciências da Saúde. Professora adjunta do Departamento de Saúde Coletiva da UFRN, membro efetivo do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESC-UFRN). Pesquisadora na área da Saúde Coletiva e Epidemiologia, com ênfase nos temas de envelhecimento humano, políticas públicas de saúde e saúde bucal.

Esta edição foi produzida em **mês de 2012** no Rio Grande do Norte, pela Secretaria de Educação a Distância da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (SEDIS/UFRN). Utilizando-se Helvetica Lt Std Condensed para corpo do texto e Helvetica Lt Std Condensed Black títulos e subtítulos sobre papel offset 90 g/m².

Impresso na nome da gráfica

Foram impressos **1.000** exemplares desta edição.

SEDIS Secretaria de Educação a Distância – UFRN | CampusUniversitário
Praça Cívica | Natal/RN | CEP 59.078-970 | sedis@sedis.ufrn.br | www.sedis.ufrn.br



Secretaria de
Vigilância em Saúde

Ministério da
Saúde

